



Bulletin

VERÖFFENTLICHUNGEN AUS DEM DEUTSCHEN INSTITUT FÜR JUGEND UND GESELLSCHAFT

„TRANSKINDER“ – eine Hypothese im Horizont sexueller Selbstbestimmung

Inhalt

- | | |
|---|----|
| Konstantin Mascher
Editorial | 2 |
| Gergely Szilvay
Transgender – das schillernde Narrativ
Fragen und Fakten an den Frontlinien eines Kulturkampfes:
Lernen aus den Erfahrungen in den USA | 4 |
| Christl Ruth Vonholdt
Niemand ist im falschen Körper geboren
Geschlechtsdysphorien bei Kindern und Jugendlichen –
medizinische und psychologische Aspekte | 21 |
| Anonym
„Als die weibliche Hälfte der Menschheit“
Geschlechtsidentität im Prozess – ein Zeugnis | 40 |
| Silke Edelmann
Von der Aufkündigung des freudschen Sexualvertrags
Diskussion von Carl R. Truemans Buch <i>Der Siegeszug des modernen Selbst –
Kulturelle Amnesie, Expressiver Individualismus und der Weg zur sexuellen Revolution</i> | 48 |

Editorial

Sehr geehrte Leser, liebe Freunde!

vor über zwei Jahrzehnten führte die Bundesregierung das „Gender-Mainstreaming“ (GM) als ressortübergreifendes politisches Leitprinzip ein, um die Geschlechterperspektive in den gesellschaftlichen „Hauptstrom“ einzubinden. Viele dachten, dass das Konzept hinter dem schillernden Wortgebilde als kurzlebige Erscheinung bald wieder in den Tiefen akademischer und bürokratischer Schubladen verschwinden würde. Heute jedoch sehen wir mehr denn je, wie der konstruktivistische Begriff von Geschlecht, der GM zugrunde liegt, zu einer für alle verbindlichen gesellschaftlichen, politischen und pädagogischen Realität geworden ist.

Selbstbestimmungsgesetz

In diesen Tagen vollzieht sich ein beispielloser Paradigmenwechsel. Vor einigen Wochen (am 23. August 2023) hat sich das Bundeskabinett auf den kontrovers diskutierten Entwurf zum Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag (SBGG) geeinigt. Dieses Gesetz zielt darauf ab, die Änderung des Geschlechtseintrags für Menschen zu erleichtern, die sich nicht in der binären Geschlechterzuordnung von Mann und Frau wiederfinden oder ihr eingetragenes Geschlecht von männlich zu weiblich oder umgekehrt verändern möchten. Ab dem 18. Lebensjahr soll die Änderung des Vornamens und des Geschlechtseintrags beim Standesamt durch eine einfache Erklärung erfolgen, ohne Vorlage eines Gerichtsbeschlusses aufgrund eines dafür notwendigen ärztlichen Gutachtens. Minderjährige ab 14 Jahren können diese Erklärung mit einer Selbstversicherung selbst abgeben, wobei die Zustimmung der Erziehungsberechtigten erforderlich ist. Falls die Eltern nicht zustimmen, kann ein Familiengericht die Zustimmung der Eltern ersetzen.

Obwohl der Gesetzesentwurf und seine Befürworter beteuern, dass es in diesem Gesetz lediglich um juristische Formalien der Transition geht und die Vorga-

ben für medizinische Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung nicht betrifft, wird es mit Sicherheit einen katalytischen Einfluss auf junge Menschen haben.

Kinder- und Jugendpsychologen warnen

Seit mehreren Jahren beobachten zahlreiche Kinder- und Jugendpsychiater und Therapeuten mit Besorgnis den enormen Anstieg der Fälle von Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen sowie die wachsende Tendenz, als Option in der fragilen Phase der geschlechtlichen Identitäts-Orientierung und Selbstfindung die Transition zu ergreifen. Im Herbst 2022 warnte das Deutsche Ärzteblatt, es gäbe in der Medizin kaum einen Bereich, „in dem innerhalb des letzten Jahrzehnts ein so eklatanter Prävalenzanstieg zu beobachten war wie bei Störungen der geschlechtlichen Identität“. Die exponentielle Zunahme binnen weniger Jahre um mehr als 1000% in den angelsächsischen und europäischen Ländern, wobei auffällt, dass 80% der Fälle Mädchen sind, ist eine besorgniserregende Entwicklung.¹ Aus unserer Sicht ist es naiv und irreführend zu meinen, das neue Gesetz würde die Tendenz nicht weitem befeuern.

Korruption der Sprache

Bereits der Begriff „Selbstbestimmung“ ist irreführend. Das biologische Geschlecht kann man nicht selbst bestimmen. Es ist gegeben und unveränderbar. Der Tautologie „Eine Frau ist eine Person, die sich selbst als Frau definiert“², die die Familienministerin als der Weisheit letzten Schluss zum Besten gab, ähnelt der halsbrecherischen begrifflichen Akrobatik der Broschüre „Queer in der Kita! Informationen und Praxisimpulse für eine queer-inklusive Elementarpädagogik in der Kindertagesbetreuung“ der Vereinigung „Queeres Netzwerk NRW“. Darin heißt es: „Sofern eine trans*Person gebärfähig ist, hindert sie biologisch nichts daran, ein Kind zu bekommen – unabhängig davon, ob sie männlich, weiblich oder nicht-binär ist.“ Oder anders ausgedrückt: „Sollte ein trans*Mann in einer schwulen Beziehung mit einem anderen Mann leben, hätten die beiden somit kein Problem gemeinsam rechtliche Eltern des Kindes zu werden, da der trans*Mann als Mutter und der

Partner als Vater des Kindes eingetragen wird. ... Ist der gebärende trans* Mann jedoch mit einer Person mit weiblichem Personenstand zusammen, lebt also (rechtlich) eine heterosexuelle Beziehung, muss die Frau das Kind per Stiefkindadoption annehmen, da es ja bereits eine (wenn auch männliche) Mutter gibt.“³ Diese Broschüre wurde vom „Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes NRW“ gefördert und lässt erahnen, was mit der bereits geplanten Novelle des sog. Abstammungsgesetzes auf uns zukommt.

Gegen Eltern vorgehen

Eine Strategie zur Förderung der sog. „Trans-Rechte“ wurde von der weltweit größten Anwaltskanzlei Denton und der Thomas Reuters Foundation, mit Unterstützung der EU und der „International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer & Intersex Youth and Student Organisation (IGLO)“ erstellt. Sie zielt darauf ab, Trans-Rechte zu Menschenrechten zu erklären, um gegen Kritiker als Menschenrechtsverletzer vorgehen zu können. Das Kindeswohl soll so definiert werden, dass auch Kinder ohne elterliche Zustimmung geschlechtsangleichende Behandlungen wählen können. Dort heißt es: „So sollten Staaten beispielsweise gegen Eltern vorgehen, die die freie Entfaltung der Identität einer jungen transsexuellen Person behindern, indem sie sich weigern, die erforderliche elterliche Genehmigung zu erteilen.“⁴ Das „Selbstbestimmungsgesetz“ folgt diesem Prinzip: Für Kinder bis 14 Jahren müssen Eltern die Änderungserklärung abgeben, Jugendliche ab 14 können dies mit elterlicher Zustimmung selbst tun. Falls die Eltern ihre Zustimmung verweigern, kann der Teenager eine Einwilligung beim Familiengericht beantragen. Ein massiver Eingriff in das Elternrecht.

Einige Staaten rudern zurück

Seit vielen Jahren gilt das „Dutch Protocol“ als Standard für die Behandlung von Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und -dysphorie, das zunehmend einem affirmativen Anspruch folgt und zur immer früheren Transition ermutigt. In letzter Zeit hinterfragen Experten und Politiker in Finnland, Schweden, Norwegen und Frankreich frühe medi-

zinische Intervention, insbesondere die Behandlung mit sog. Pubertätsblockern. Eine von der englischen Regierung in Auftrag gegebene Überprüfung der für Kinder eingerichteten Tavistock Genderklinik in London, die inzwischen geschlossen werden musste, ergab unter anderem, dass der niederländische Behandlungsansatz nicht hinreichend durch empirische Forschung abgesichert war. Sollte diese Neubewertung uns und den politischen Entscheidungsträgern nicht zu denken geben? In diesem Bulletin möchten wir diese Frage eingehender beleuchten.

Was viele Jahre unter der Spitze eines Eisberges nur eine Ahnung blieb, tritt nun als sichtbare Realität im öffentlichen und privaten Leben, in Wissenschaft und Politik in Erscheinung. Das Gesetz und die unzureichend geführte Debatte darum legt eine tiefreichende anthropologische und kulturelle Verwirrung und ethische Erosion im Verhältnis der Geschlechter und im Bereich der Sexualität offen. Sie wird uns in Familie, Gemeinde, Bildungsarbeit und Kirche zunehmend herausfordern. *„Die letzte verantwortliche. Frage ist nicht, wie ich mich heroisch aus der Affäre ziehe, sondern wie eine kommende Generation weiter leben soll.“* (Dietrich Bonhoeffer).

Mit freundlichen Grüßen



Konstantin Mascher

Prior der Offensive Junger Christen

Reichelsheim, den 8. September 2023

Anmerkungen:

- 1 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/228699/Transition-bei-Genderdysphorie-Wenn-die-Pubertas-gestoppt-wird>. Stand: 23.08.2023
- 2 <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/reden-und-interviews/lisa-paus-wir-leben-nach-wie-vor-im-patriarchat--22218>. Stand: 23.08.2023
- 3 https://queeres-netzwerk.nrw/wp-content/uploads/2021/04/Queer-in-der-Kita_web.pdf, S. 12. Stand: 23.08.2023
- 4 <https://www.trust.org/contentAsset/raw-data/8cf56139-c7bb-447c-babf-dd5ae56cd177/file> Stand: 23. August 2023, S. 14. Englisch: For example, states should take action against parents who are obstructing the free development of a young trans person's identity in refusing to give parental authorization when required. (S. 14)

Transgender – das schillernde Narrativ

Fragen und Fakten an den Frontlinien eines Kulturkampfes: Lernen aus den Erfahrungen in den USA

Gergely Szilvay

„Kleide dich, wie du magst. Nenne dich, wie es dir gefällt. Schlafe mit jedem Erwachsenen, der dich nimmt. Genieße das Leben in Frieden und Sicherheit. Aber Frauen aus dem Beruf drängen, weil sie sagen, dass Geschlecht real ist?“ – twitterte J.K. Rowling, Autorin der Harry-Potter-Serie im Dezember 2019. Das Internet brodelte und die als progressiv geltende Rowling sah sich als „transphob“ gelabelt. Mit ihrem Tweet war sie Maya Forstater, Forscherin am *Centre for Global Development* beigesprungen, die wegen der Aussage gefeuert wurde, ein Mensch könne sein biologisches Geschlecht nicht ändern. Forstater zog vor Gericht und verlor in zweiter Instanz. In der Urteilsbegründung hieß es, Forstaters Auffassung von Geschlecht sei „absolutistisch und es bildet ein Kernelement ihrer Überzeugung, sich in der Weise auf das Geschlecht einer Person zu beziehen, wie sie es für angemessen hält, selbst wenn dies deren Würde verletzt und/oder ein einschüchterndes, herabwürdigendes, beschämendes oder angriffliges Umfeld erzeugt. Ihre Herangehensweise verdient keinen Respekt in einer demokratischen Gesellschaft“.

Ein Kolumnist des britischen *The Spectator* kommentierte die Entwicklung wie folgt: „Ich habe oft beschrieben, wie besorgt sich Politiker aller Couleur über Gesetze und Förderprogramme für transgender Personen äußern, die Frauen und ihre Rechte beeinträchtigen können. Oder wie die Berichterstattung der Medien, auch die der BBC, zu dem Thema versagt. Offensichtlich sind viele Frauen in vielen Bereichen ihres Lebens alarmiert, aber hier schweigen sie. Viele fürchten die Reaktionen und den Transphobie-Vorwurf. Auch berühmte, reiche und mächtige Frauen. Schon die Tatsache, dass sie verstummen, lässt das Ausmaß der Einschüchterung erahnen.“¹ Als in North Carolina gesetzlich festgeschrieben wurde,

dass jeder die öffentliche Toilette gemäß seines biologischen Geschlechts zu benutzen hat, schwappte eine Boykottwelle über das Land. Rund 130 Firmen beteiligten sich. Bruce Springteen sagte Konzerte ab, PayPal zog Pläne für seinen Firmensitz zurück und Apple, Google, American Airlines sowie die Deutsche Bank meldeten Protest an.²

Nachdem der Supreme Court alle Staaten der USA zur gleichgeschlechtlichen Ehe verpflichtet hatte, avancierte die Transgender-Bewegung zur neuen Frontlinie im Kulturkampf. Woher ihre Durchschlagskraft? Ein feministischer Hilferuf aus England warnt: „Es passiert in den Staaten, es passiert in Kanada, und obwohl die ‚Self-ID‘ in UK kein Gesetz ist, passiert es bereits hier: Männliche Vergewaltiger sitzen in Frauengefängnissen ein, Männer reißen Frauen vorbehaltenen Jobs und Positionen an sich, ergattern Preise im Frauensport, erzählen Kindern in den Schulen Unfug, und keiner wagt es, Nein zu sagen.“³

Das Momentum ist allgegenwärtig. Unmittelbar nach seinem Amtsantritt gestatte US-Präsident Joe Biden männlichen Athleten die Teilnahme an Wettkämpfen im Frauensport auf Bundesebene und sanktionierte jegliche „Diskriminierung“.⁴ Sein Vorgänger Donald Trump hatte transgender Personen noch vom militärischen Dienst ausgeschlossen, was Jamie Shupe, einer der ersten prominenten Transgender in Amerika, kurioserweise zustimmend kommentierte. Frauen würden durch Kolleginnen mit männlicher Biologie notwendigerweise ins Hintertreffen gelangen und so diskriminiert: „Die amerikanische Öffentlichkeit sitzt der Ideologie auf, durch die Veränderung des Hormonspiegels wären die Geschlechter einander in Sport, Fitness und Biologie ebenbürtig. Das ist falsch. [...] Schon aufgrund meiner männli-

chen Biologie konnte mir in meiner ganzen militärischen Laufbahn kein weiblicher Soldat im Ausdauertraining auf der Zwei-Meilen-Strecke das Wasser reichen.“⁵

Die Trans-Bewegung fordert, dass Schulen und Eltern sich jedem Wunsch der „Trans-Schüler“ fügen und deren Identität und Schutzbedürftigkeit achten, ungeachtet der Identität und Schutzbedürftigkeit anderer: „Maßgeblich ist der Respekt gegenüber transgener Schülern“, während Probleme, die sich für andere daraus ergeben, als „Unannehmlichkeiten“ abgetan werden. Man müsse Mädchen, die es als unangenehm empfinden, sich vor biologischen Jungs in der Umkleidekabine umzuziehen, die Situation „nahebringen“ – sprich, sie mit Trans-Ideologie abspeisen.⁶ Eltern sehen sich zunehmend in die Rolle rückständiger, engstirniger Gegner gedrängt, denen die Schule nicht mitteilt, wenn ihre Kinder abtreiben möchten, homosexuell oder transsexuell sind, sofern es „im häuslichen Umfeld an Unterstützung mangelt“.

In Kanada ermutigte die Schulleitung eine elfjährige Schülerin mit Geschlechtsdysphorie und leichtem Autismus dazu, in der Schule als Junge aufzutreten. Die Eltern wurden darüber erst unterrichtet, als das Kind suizidale Tendenzen entwickelte.⁷ Die von Bildungsminister Dave Eggen in Alberta eingebrachte Gesetzesnovelle (Bill 24 zur Förderung von Gay-Straight Allianzen) untersagt es der Schule, Eltern zu informieren, wenn sich ihre Kinder zum gleichen Geschlecht hingezogen fühlen oder als heterosexuelle Alliierte die Schwulenbewegung unterstützen. Im Jahr 2017 verpflichtete er zwei christliche Schulen dazu, solche Schüler-Allianzen zu etablieren. [...]

Geschlechtsdysphorie und Trans-Identitäten

Geschlechtsdysphorie ist die notvolle Erfahrung, sich nicht dem biologischen Geschlecht zugehörig zu fühlen und darunter zu leiden, mit diesem identifiziert zu werden. Die fünfte Ausgabe des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) von 2013, das prestigeträchtige offizielle Diagnoseverzeichnis der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA), listet Genderdysphorie noch als psy-

chische Störung.⁸ Wie beständig und unüberwindbar eine Geschlechtsdysphorie in bestimmten Fällen sein kann, beschreibt der Brite James (später Jan) Morris im Buch *Conundrum* von 1974 sehr eindringlich. Der als Junge geborene Morris hatte das starke Empfinden, eine Frau zu sein, seinen Jungenkörper empfand er als falsch, ja als „schmutzig“ und fühlte sich erst nach der geschlechtsangleichenden OP als „rein“.⁹ Der Bericht gibt glaubwürdig Auskunft über den Leidensweg, bis sich der Ehemann und fünffache Vater entscheidet, als Frau weiterzuleben. – Sein Schicksal teilen auch andere. Aber begründen Erfahrungsberichte dieser Art die politische Notwendigkeit, dass sich alle das Menschenbild und die Ziele der Trans-Bewegung zu eigen machen?

Transgender ist zu einem dominanten Thema in der Öffentlichkeit geworden – doch wie viele Menschen betrifft es eigentlich? Diverse Erhebungen reden von 0,3 % der Bevölkerung in der EU¹⁰ und 0,3–0,6 % in den Vereinigten Staaten, je nach Zählung sind also 1,5 von 512 Millionen Transgender in der EU und 1,4 von 326 Millionen in den USA.¹¹ Allerdings verdanken sich diese Zahlen der Ausdehnung des Begriffs; Studien mit engeren Kriterien kommen auf 0,001 % bei Frauen und 0,033 % bei Männern.¹² Der Philosoph Ryan T. Anderson führt die große Abweichung auf die jeweils zugrundeliegenden Definitionen zurück: In jüngster Zeit wurden, auch unter politischem Druck, die diesbezüglichen klinischen Richtlinien verändert: zunehmend schwindet die Auffassung, mental *gesund* sei das harmonische emotionale Verhältnis zur physischen Realität, zum biologischen Körper.¹³ Laut einiger Statistiken identifizieren sich 355 von 100.000 Menschen als transgender, allerdings entscheiden sich davon nur 9,2 % für eine hormonelle und chirurgische Angleichung.¹⁴

Transgender ist nicht zu verwechseln mit *Transvestitismus*, dem Tragen der typischen Kleidung des anderen Geschlechts. Auch nicht mit *Intersexualität*, einer körperlichen Kondition, bei der das Genom oder die Genitalien einer Person uneindeutig sind oder sich in der Pubertät keine bzw. weibliche und männliche sekundäre Geschlechtsmerkmale entwickeln. Die LGBTIQ-Bewegung instrumentalisiert

diese biologischen Phänomene für die vermeintliche Überwindung der Mann-Frau-Geschlechterbinarität, als wäre es gleichgültig, ob jemand mit abweichenden Geschlechtsorganen geboren ist oder ob er sich trotz gesund entwickelter Genitalien zum anderen Geschlecht gehörig fühlt. Und natürlich ächtet sie auch das Reden von „normaler“ oder „nicht normaler Entwicklung“, aber dazu weiter unten mehr. Selbst in der Abtreibungsdebatte melden sich Transgender zu Wort und pochen darauf, dass nicht nur biologische Frauen abtreiben und menstruieren.¹⁵ Das alles sind keine isolierten Einzelfälle, sondern ein allenthalben zu beobachtender Trend.¹⁶

Die LGBTIQ-Bewegung wehrt jede psychologische Intervention als gefährlich ab, bei der die Gefühle an den Körper adaptiert werden könnten. Sie propagiert zugleich jedoch die Adaptation des Körpers an Gefühl, Vorstellung und Wunsch.

Ray Milton Blanchard ist Sexualwissenschaftler und Psychologe und eine Koryphäe auf dem Gebiet der Forschung über Pädophilie, sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität. Er unterscheidet zwei Typen von Transsexuellen: *homosexuelle* und *autogynophile*. Erstere empfinden sich als zum anderen Geschlecht gehörig und fühlen sich sexuell zu Personen des eigenen biologischen Geschlechts hingezogen (etwa ein Mann, der sich als Frau empfindet

und erotisch Männer begehrt). Letztere empfinden es als sexuell erregend, sich vor anderen als Person des anderen Geschlechts zu präsentieren oder sich in den Kleidern des anderen Geschlechts im Spiegel zu betrachten. Diesen Typus konstatierte er nur bei Männern.¹⁷

Nicht aus medizinischer Perspektive, sondern aufgrund des Selbstbildes macht Rogers Brubaker drei Typen aus. Die am klarsten umrissene Gruppe bilden die „*trans of migration*“, die sich als das andere Geschlecht empfinden und dies durch Hormontherapie und Operation gestärkt haben möchten. Die „*trans in between*“ verorten sich irgendwo im binären Mann-

Frau-Spektrum. Die „*trans of beyond*“ finden sich in keiner der gegebenen Kategorien wieder.¹⁸ [...]

Zu unterscheiden wäre jeweils auch zwischen der sozialen, der juristischen und der medizinischen Transition. Die überwiegende Mehrheit der transgender und transsexuellen Personen werden nicht alle Etappen durchlaufen: sich vor anderen als das andere Geschlecht präsentieren; den Personenstand zum anderen Geschlecht ändern; Hormontherapie oder angleichende Operationen in Anspruch nehmen.¹⁹ Inzwischen jedoch umfasst der schillernde Begriff *Transgender* auch Transvestiten, Cross-Dresser, Transsexuelle, Nicht-Binäre oder Drags – die Bedeutung des Wortes verändert sich beständig.

Ein logisch-argumentatives Verwirrspiel

Gemäß der Ontologie der Transgender-Idee kann ein Mensch im „falschen Körper geboren sein“, sprich ein Geschlecht haben, das nicht mit dem „bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht“ übereinstimmt – man beachte den logischen Dreh. Die Geschlechtszugehörigkeit kann nur durch das Empfinden der Person verifiziert werden; sie gilt es zu akzeptieren und zu bestätigen. Diese Denkfigur zeigt eine gewisse Nähe zu Modellen der zweiten Welle des Feminismus, die Geschlechterrollen und überhaupt die Kategorien *männlich* und *weiblich* vor allem als „soziale Konstrukte“ identifizierte, mit denen das biologische Geschlecht sprachlich überformt wird. Das Transgender-Dogma dreht noch einmal an der Schraube: Vorgegeben und stabil ist die Geschlechts*identität*, während das Körpergeschlecht wandelbar und plastisch ist. So fordert etwa der Aktivist Mey Rude: „Es wird Zeit, dass Leute aufhören, das soziale Konstrukt ‚biologisches Geschlecht‘ vorzuschieben, um ihren Trans-Frauenhass zu pflegen.“²⁰ Der Bruch zwischen weiten Teilen der Frauenbewegung und der Transbewegung war abzusehen und unausweichlich. Feministische Autorinnen werfen Trans-Aktivistinnen außerdem vor, patriarchale Genderstereotypen zu reproduzieren und zu verstärken.²¹

[...] Nach der Transgender-Logik kann man Kindern nicht früh genug zu Hilfe eilen. Sie hätten es leicht-

ter im Leben, wenn sie schon ab dem 4. oder 5. Lebensjahr und nicht erst als Erwachsene entsprechend ihrer Wahrnehmung sozialisiert würden. Während kritische Stimmen warnen, dass eine verfrühte soziale oder gar medizinische Intervention schwerwiegende unerwünschte Folgen für Heranwachsende haben kann und sie deswegen dafür plädieren, abzuwarten, ob die Geschlechtsidentitätsstörung eines Kindes abklingt oder fort dauert, hält die Trans-Bewegung die Verzögerung solcher Interventionen für fatal.

Die gegensätzliche Herangehensweise beruht auf unterschiedlichen Grundannahmen. Die Kritiker der Trans-Bewegung gehen von der Möglichkeit einer normalen, gesunden, sinnhaften Geschlechtsentwicklung aus: von einem Standard, bei dem Leib, Seele, Geschlechtsidentität und die sexuelle Ausrichtung der Person miteinander harmonieren. Die Trans-Bewegung kritisiert dies als willkürlich und repressiv und behauptet, dass grundsätzlich alle Varianten von Geschlechtsidentität gleichwertig sind. Ausschlaggebend bei der Bestimmung des Geschlechts sei das individuelle Empfinden der Person.

Ryan T. Anderson, [...] der die Thesen der Trans-Bewegung der Reihe nach aufs Korn nimmt, bezweifelt, dass man dieser Denke mit logischen Argumenten beikommt: Sie wechselt ständig die Positionen, fordert zunehmend mehr, ist aber völlig taub für Gegenargumente und neigt dazu, die eigenen dogmatisch starren Positionen mit Zwang durchzusetzen.²² Während die Aktivisten kompromisslos vortreten, ist ihr Weltbild „extrem subjektiv und inkohärent. Während sie auf ein materialistisches Weltbild pochen, unterscheiden sie im Sinne eines strengen, gnostischen Dualismus zwischen dem wahren Selbst einer Person und ihrem physikalischen Körper. Während sie Gender für ein gesellschaftliches Konstrukt halten, haben sie keine Probleme zu glauben, eine Person könne im falschen Leib ‚gefangen‘ sein. Sie leugnen zwar jeden sinnhaften Unterschied zwischen Mann und Frau, hantieren aber selbst mit rigiden Geschlechterstereotypen. Sie halten ‚Genderidentität‘ für wesenhaft, Leiblichkeit aber für einen Schein. Wahr ist, was immer jemand als eigene Wahrheit behauptet, zugleich gibt es aber ein objektiv wahres,

verborgenes Selbst, das erst entdeckt werden muss. Sie pochen auf einen radikalen expressiven Individualismus, wonach jedem erlaubt sein muss, zu tun und zu verkünden, was er für richtig hält, wollen jedoch ihr eigenes Transgender-Narrativ ihrem gesamten Umfeld in paternalistischer Weise überstülpen.“²³

Weitere Fragen drängen sich für Anderson auf:

„Wenn Gender sozial konstruiert ist: wie kann dann Genderidentität angeboren und unveränderlich sein? Wie kann diese Identität als Resultat sozialer Konstruktion bereits vorgeburtlich biologisch feststehen? Und wie kann eine als veränderliches soziales Konstrukt verstandene Geschlechtsidentität dennoch unwandelbar sein? Oder *zugleich* angeboren *und* ‚fluide‘? Ist Geschlecht nun binär oder ist es das nicht? – Hört man Transgender-Aktivist:innen reden, könnte man meinen, Geschlecht sei *zugleich* binär *und* nicht-binär. Wenn die Kategorien „Mann“ und „Frau“ objektiv sind, so dass man sich nicht nur als Mann oder Frau *empfindet*, sondern faktisch Mann oder Frau *ist*: wie soll dann Geschlecht ein Spektrum bilden, in dem sich jemand als beides oder keines oder als dazwischen definieren könnte? Was ist mit Menschen, die sich als Tiere identifizieren, oder mit Nichtbehinderten, die sich als körperbehindert identifizieren? Lässt sich die Realität solcher behaupteten Identitäten verifizieren? Und wenn nicht: warum nicht? Soll man solche Personen medizinisch behandeln, um ihren Körper ihrem Empfinden anzugleichen? Warum soll man eine transgener ‚Wirklichkeit‘ akzeptieren, nicht aber eine trans-rassistische, trans-spezies oder trans-behinderte Wirklichkeit?“²⁴ [...]

Ein medizinethisches Dilemma

Im Sinne ihrer bereits beschriebenen Ontologie verbittet sich die Trans-Bewegung auch jede Frage nach dem Geschlecht der Person *vor* der Transition. Es gilt bereits als transphob, wenn etwa ein Herr die Beziehung zu einer Dame abbricht, nachdem er herausgefunden hat, dass sie irgendwann geschlechtsangleichend operiert wurde. Dabei lässt sich das biologische Geschlecht chirurgisch nur scheinbar verändern. Früher hieß das „Geschlechtsumwandlung“, heute

politisch korrekt „Geschlechtsbestätigung“. Es handelt sich jedoch um eine aggressiv-invasive, gefährliche, zeit- und kostenaufwendige Prozedur.²⁵ Während die LGBTIQ-Bewegung jede psychologische Intervention, bei der die Gefühle eines Menschen an den Körper adaptiert werden sollen, als gefährlich abwehrt, propagiert sie die oberflächliche Adaptation des Körpers an Gefühl, Vorstellung und Wunsch. Gefühle sind heilig, die biologische Realität hingegen darf – ob chirurgisch oder endokrinologisch – gewaltsam verändert werden.

Hormonbehandlungen zur Vermännlichung der Patientin führen zum Stimmbruch, die Klitoris vergrößert sich, Bart- und Körperhaare sprießen, der Monatszyklus kommt zum Erliegen, Brustgewebe wird abgebaut, die Libido gepuscht und der Anteil von Muskelgewebe zu Lasten von Fettgewebe nimmt zu. Die jeweilige Dosis richtet sich nicht nach medizinischen, sondern nach ästhetischen Erwägungen: nach dem Wunschaussehen. Der Testosteronspiegel steigt um das Vierzigfache des Normalen bei Frauen, was das Risiko von Bluthochdruck und Herzinfarkt beträchtlich erhöht, meist zur Unfruchtbarkeit führt und die Orgasmusfähigkeit hemmt. Wer die Hormone irgendwann absetzt, um wieder als Frau zu leben, hat das Nachsehen, denn die Folgen sind irreversibel.²⁶ Viele bereuen, sie überhaupt begonnen zu haben. Hormone zur Feminisierung von Männern können die Brust vergrößern, den Sexualtrieb und die Erektionsfähigkeit mindern, sie verkleinern die Hoden und vergrößern den Fettanteil gegenüber der Muskulatur.²⁷ Sie können zu schweren Stimmungsschwankungen, Lethargie und Depression führen.

Wer sich operativ von Mann zu Frau verändern lässt, sollte sich gefasst machen auf Gonadektomie (Entfernung der Hoden), Penektomie (Entfernung des Penis) und die „Schaffung“ einer Schein-Vagina, meist mit der Verwendung der Haut des Penis zur Formung der Innenwand. Aus dem Skrotum können die äußeren Schamlippen nachgebildet werden, neuerdings auch die inneren. Der empfindlichste Teil des Penis dient als Klitoris. Nach der OP müssen Tiefe und Ausdehnung der „Neovagina“ künstlich, etwa durch Tamponeierung erhalten werden. Körperbehaarung lässt sich

durch Elektroepilation oder Laser entfernen, und inzwischen ist es auch möglich, die Gesichtskonturen plastisch zu feminisieren.²⁸

Weniger zufriedenstellend ist die Technologie für Frau zu Mann.²⁹ Die Optik ist mittlerweile „sehr gut“, die OP jedoch „komplex und teuer“. Aufstellen lässt sich der „Neopenis“ nur mittels mechanischer Hilfsvorrichtungen, einem Stab oder einer Pumpe. Er bleibt eine Attrappe, die sexuell nicht oder nur beschränkt funktioniert. Das Hautgewebe dafür wird während der Phalloplastie von anderen Körperteilen gewonnen, etwa vom Oberarm. Beim Verfahren der sog. Metoidioplastie wird das Gewebe der weiblichen Genitalien für die Formung eines schwellfähigen Penis verwendet. Vier Techniken sind dazu bisher entwickelt worden, die ich hier aber nicht näher beschreibe. Das so gewonnene Glied ist drei bis fünf Zentimeter lang, schmaler als ein Männergenital und taugt nicht unbedingt zur Penetration.³⁰ Aus den äußeren Schamlippen wird ein falscher Hodensack, ggf. mit eingenähten Hodenprothesen, geformt. Im Vergleich zu diesen aufwendigen Eingriffen ist die Entfernung der Eierstöcke, der Gebärmutter und der Vagina ein Klacks. Funktionstüchtige Geschlechtsorgane lassen sich, wenn auch nicht ganz gefahrlos, entfernen, jedoch nicht künstlich herstellen. In der Regel geht diesen drastischen Eingriffen die Behandlung der Transitionswilligen mit männlichen Hormonen über einige Jahre voraus.

Eine ebenfalls irreversible chirurgische Maßnahme ist die beidseitige Mastektomie.³¹ Selbst wenn die Brüste wieder angenäht werden könnten, wäre das Gewebe nicht so wiederherzustellen, dass die Frau ihre Kinder stillen kann. Einige Trans-Aktivistinnen behaupten allen Ernstes, die Fähigkeit zur Laktation sei eine Fehlinterpretation des Busens. Dr. Patrick Lappert entgegnet: „Die natürliche Funktion des Organs auszublenden ist, als würde man sich die Augen entfernen lassen, um sie durch Glasaugen mit anderer Farbe zu ersetzen.“³² Der Patient hätte dann zwar blaue Augen, aber sehen könne er damit nicht. Es ist hochgradig unethisch, die Funktionsfähigkeit von Organen aus ästhetischen oder kosmetischen Gründen zu zerstören.

Dennoch befeuert eine weitverzweigte gewinnträchtige „Trans-Industrie“ diese Option. Pharmakonzerne investieren Abermillionen in die Produktion, einflussreiche Geldmogule sponsern die Weiterbildung von Ärzten und Psychologen, die Errichtung von Gender-Kliniken und die politische Einflussnahme auf öffentliche Meinung und Gesetzgebung.³³ [...]

Leibliche Integrität versus Imitat und Fragment

Aber keine Maßnahme kann die biologische Wirklichkeit ändern. [...] „Die Veränderung des Geschlechts ist“, wie der Rechtsphilosoph Robert P. George schreibt, „schon deswegen eine metaphysische Unmöglichkeit, weil sie eine biologische Unmöglichkeit darstellt.“³⁴ Selbst wenn sich dank einer immer fortschrittlicheren plastischen Chirurgie die Optik oder auch die sexuelle Stimulierbarkeit der künstlich gebildeten Organe verbessern ließe, würde sich ihre biologische Beschaffenheit nicht verändern, sie würden nur verstümmelt und blieben Imitate.

Geschlechtsorgane mitsamt ihrer Funktion sind maßgeblich für die biologische Realität des Menschen, dessen Geschlecht von der Empfängnis an determiniert ist. „Der Penis dringt bezeichnenderweise in die Vagina ein, entlässt dort Spermien, die wiederum mobil sind und so gestaltet, dass sie in eine weibliche Eizelle eindringen können. Die Vagina ihrerseits ist aufnahmefähig und in der Lage, Spermien gezielt zur Eizelle weiterzuleiten, und so weiter“, schreibt der Philosoph Christopher Tollefsen.³⁵ „Und nicht nur sind beide Organe wesentlich auf das mögliche Ziel ihrer Funktion hin ausgerichtet, sie weisen auch auf Vorausgegangenes zurück. So werden etwa männliche Gameten aus Vor-Keimzellen produziert, die schon lange vor der Geschlechtsreife auftreten und mit denen einst jene Spermien gebildet werden können, die der Penis bei Gelegenheit entlässt. Ein Körperteil ohne diese bioökonomische Vorgeschiede ist kein Penis. Man kann keine echte Vagina herstellen, indem man an einer Stelle des Körpers eine Öffnung macht. Und keinen echten Penis, indem man etwas baut, was bei Stimulierung anschwillt. Man müsste schon die gesamte biologische Struktur der

Organe neu erschaffen Und selbst deren biologische Struktur schwebt nicht lose im Organismus herum. Der Körper ist vom Augenblick seiner Entstehung an geschlechtlich und wird die in ihm angelegten Fähigkeiten und Geschlechtsorgane ausbilden.“³⁶ [...] Selbst durch die Transplantation von Genitalien ließe sich das Körpergeschlecht nicht verändern. Hingegen können implantierte Spenderherzen oder Spendernieren, Organe also, die sowohl Männer als auch Frauen haben – sofern sie vom Körper nicht abgestoßen werden – die ursprünglichen Organfunktionen weitgehend übernehmen.

Aber ein weibliches Organ in einem Männerkörper, bzw. ein männliches Organ in einem weiblichen Körper befindet sich in einer fremdartigen Umgebung, die ihm nicht seiner Funktion gemäß zuarbeiten kann, selbst wenn der Patient zuvor hormonell behandelt wurde. Ein männliches Geschlechtsorgan kann nicht „in die Biologie eines Wesens integriert werden, dessen Grundleistung weiblich ist, und umgekehrt.“³⁷ Darum „führt jeder Versuch, das Geschlecht zu wechseln, notwendigerweise zur Verstümmelung jener körperlichen Eignung, die das Geschlecht wesentlich ausmacht. (Was selbstverständlich zu unterscheiden ist von dem Versuch, eine zerstörte sexuelle Fähigkeit wiederherzustellen bzw. Geschlechtsambiguität aufzulösen).“³⁸

Das bestätigt auch der Epidemiologe und Biostatiker Lawrence Mayer, wenn er konstatiert: „Wissenschaftlich gesehen sind Transfrauen keinen Frauen und Transmänner keine Männer.“³⁹ Der Rechtsgelehrte Paul McHugh formuliert es pointiert: „Transitionierte Männer werden nicht zu Frauen, noch

Selbst wenn fortschrittlichere plastische Chirurgie die Optik oder auch sexuelle Stimulierbarkeit der künstlichen Organe verbessern könnte, würde sich deren biologische Beschaffenheit nicht verändern, sie würden nur deformiert. Sie blieben Imitate.

werden transitionierte Frauen zu Männern“, sondern „zu verweiblichten Männern bzw. vermännlichten Frauen.“⁴⁰

Absurde Umkehrschlüsse eines Dogmas

Die einfache Tatsache, dass das Geschlecht biologisch unveränderlich ist, weist die Transgender-Bewegung als patriarchale, heteronormative geschlechtsbinäre Matrix zurück. Wickeln wir diesen Gedankengang mal weiter aus: Geschlechtsorgane lassen sich angeblich chirurgisch konvertieren. Der gesunde Menschenverstand sagt uns, dass Genitalien durch ihre Funktion und nicht durch ihre kosmetische Erscheinung definiert sind. Dies wird oft mit der Behauptung abgewiegelt, unsere gängige Definition

von Geschlechtsorganen sei repressiv und verengt, zumal nicht jedes Menschen Genitalien gleichermaßen funktionieren und es schließlich auch unfruchtbare Männer und Frauen gäbe! Dabei wird jedoch die Tatsache ausgeblendet, dass Genitalien seit jeher und im Regelfall gemäß ihrer Beschaffenheit und ihrer Bestimmung funktionieren; es sei denn, sie sind krank oder aus Altersgründen noch nicht bzw. nicht mehr produktiv.

„Keine der vorliegenden Studien vermag zu belegen, dass eine Geschlechtsangleichung dem Patienten wohl dient.“

The Guardian

Das Trans-Narrativ bleibt uns auch in dieser Hinsicht einige Erklärungen schuldig: Es kann nicht sagen, wann im Zuge der Menschheitsgeschichte und warum sich diese „heteronormative“, „binäre“, „patriarchale“ und „unterdrückerische“ Deutung der Funktion der Fortpflanzungsorgane herausgebildet haben soll – warum nicht zu einer anderen Zeit, aus einem anderen Grund? (Auch gängige, auf prähistorische Ereignisseweisende feministische Theorien lassen diesen Aspekt unausgeleuchtet.) Und es vermag auch nicht das normale Funktionieren der Organe schlüssig zu begründen.

Wer den Zusammenhang zwischen der Biologie und deren Bestimmung kappt und über Jahrtausende gültige Erklärungen für das Wie und Wozu in den Wind schlägt, leugnet, dass Dinge in der Welt normal funktionieren. Dies aber entzieht jeder rationalen Argumentation den Boden. Es ist, als würde man behaupten, eine Aufzug-Attrappe aus Pappe wäre ein Aufzug. Und alle, die meinen, die Pappe sähe nur aus wie ein Aufzug, wäre aber nicht als Aufzug zu gebrauchen, säßen einem Irrtum auf. Es sei nämlich grundverkehrt, einen Aufzug nach seinen physikalischen Eigenschaften und dem Zweck, Menschen zwischen Stockwerken zu befördern, zu definieren – es gäbe schließlich auch kaputte Aufzüge! Überhaupt hätte der Aufzug in einem Gebäude ja auch eine ästhetische Funktion: und unser Pappaufzug sei doch wunderschön! – Macht die nachrangige „Funktion“ Schönheit die Attrappe aus Pappe zu einem echten Aufzug?

Zugegeben, die Funktion von Genitalien erschöpft sich nicht in der Fortpflanzung; sie vermitteln auch sexuelle Lust. Aber Lust macht aus einem Penis- oder Vagina-Imitat noch keinen Penis und keine Vagina. Das scheint auch der Trans-Bewegung zu dämmern, die nun unbekümmert des Selbstwiderspruchs fordert, Vagina-Imitate fürderhin nicht als „Vagina“ zu bezeichnen, sondern im Sinne der Inklusion aller als „vorderes Loch“. Analog hieße das, wir bezeichnen fortan jeden Aufzug als „liftähnliches Objekt“, um ja auch unseren Pappkameraden in die Definition mit einzuschließen. – Derlei Spitzfindigkeiten empfinden biologische Frauen zunehmend als Affront und wehren sich gegen die sprachliche Bevormundung. [...] Wir können nicht im Namen von Freiheit und Gleichheit sämtliche den Menschen und sein Geschlecht konstitutiv definierenden Kategorien über Bord werfen. Damit emanzipieren wir uns nicht von angeblich willkürlichen Zuschreibungen, sondern zerstören nur uns selbst.

Transition alternativlos?

Die psychisch-mentale Verfassung vieler Menschen, die sich einer entsprechenden OP unterzogen haben, bestätigt die Widerständigkeit der biologischen Rea-

lität. Selbst in „transfreundlichen“, inklusiven und toleranten Milieus haben sie weiterhin mit enormen psychischen Problemen⁴¹ zu kämpfen – und dies nicht allein aufgrund von Ablehnungserfahrungen.

Unlängst versuchte ein Forscherteam an der Universität Birmingham in einer Metastudie – mit kleinen Manipulationen – zu belegen, dass sich das seelische Wohlbefinden von transidenten Personen durch die OP verbessert. Die Zeitung *The Guardian*, die erst begeistert darüber berichtete, musste öffentlich zurückrudern: „Keine der vorliegenden Studien vermag zu belegen, dass die Geschlechtsangleichung dem Patientenwohl dient. Aus der Analyse geht hervor, dass die Mehrzahl der ausgewerteten Studien unzulänglich konzipiert war und die Resultate zugunsten des physischen Geschlechtswechsels verzerrt sind. Es wurde weder untersucht, ob alternative Behandlungsmethoden, etwa eine Langzeit-Therapie, für Transsexuelle hilfreicher wären, noch ob die Geschlechtskonfusion mit der Zeit wirklich nachlässt.“ Der Gesundheitswissenschaftler und Epidemiologe Chris Hyde bestätigt: Es ist ungewiss, ob ein solcher Geschlechtswechsel den Betroffenen mehr hilft oder schadet.⁴²

Bereits 2004 untersuchte *Hayes Inc*, eine Forschungs- und Beratungsfirma mit Schwerpunkt Sicherheit und Effektivität von medizinischen Verfahren, die Langzeitwirkung geschlechtsangleichender OPs und fand, dass die bis dato vorliegenden Forschungsergebnisse keine verlässlichen Prognosen zulassen.⁴³ Eine Studie der Universitätsklinik Bern zum Wohlergehen der Patienten fünfzehn Jahre nach einer geschlechtsangleichenden OP offenbarte, dass es um deren Zufriedenheit und Wohlergehen insgesamt schlecht bestellt war.⁴⁴

Dennoch gibt es in der westlichen Welt zunehmend weniger psychotherapeutische Angebote für Menschen mit Geschlechtsrollen- oder Geschlechtsidentitätsstörung. Wer sie als Alternative zur Transition auch nur in Erwägung zieht, kann schnell als reaktionär gebrandmarkt werden. So weist etwa die Kinderärztin Dr. Joanna Olson-Kennedy, Leiterin des *Center for Transyouth Health and Development* in Los An-

geles, kategorisch alle Bedenken zurück, ob ein Kind eine reife, langfristig stabile Entscheidung über einen geschlechtsangleichenden Eingriff fällen kann. Man *dürfe* der Entscheidung eines Kindes nicht zuwiderhandeln. Auf die Frage, woran man denn erkenne, ob ein Kind „transgender“ sei, schilderte Olson-Kennedy, wie sie einem „Transkind“ kreativ auf die Sprünge half. Das Kind zeigte „knabenhaftes Verhalten“, bezeichnete sich selbst aber mit Hinweis auf ihren Körper ganz unbekümmert als Mädchen. Die Therapeutin hakte nach und fragte, ob denn Erdbeerkekse in einer Packung für Zimtkekse schon deswegen Zimtkekse seien, weil das auf der Packung stünde. Das Kind verstand die Anspielung und reagierte smart: „Nein!“ Wenig später erklärte es der eigenen Mutter, dass der Mädchenkörper eben nur die „falsche Verpackung“ ist.⁴⁵

Inzwischen weiß man, dass ein Geschlechtswechsel keine langfristige Lösung für psychische Gesundheitsprobleme ist.⁴⁶ Die Suizidalität bei Transgender-Personen in den USA liegt bei bis zu 41 % – in der Gesamtbevölkerung ist diese Zahl 1,6 %.⁴⁷ Hinzu kommt ein erhöhtes Risiko für Alkohol- und Drogensucht. In der Regel meldet sich das psychische Unwohlsein nach fünf bis zehn mehr oder weniger ruhigen Jahren nach der OP wieder.⁴⁸ Die Trans-Bewegung führt dies freilich auf mangelndes „Passing“, Bestätigung durch das Umfeld zurück und nicht auf etwaige tiefer liegende mentale Probleme. Das ist allerdings eine schon wegen der hohen Prävalenz von Komorbiditäten bei Trans-Personen verhängnisvolle Fehlannahme.⁴⁹

John Hoopes, ehemaliger Leiter der von John Money gegründeten *Gender Identity Clinic* im Johns Hopkins Hospital, vormals selbst Befürworter chirurgischer Geschlechtsveränderung und Hormontherapie, gab zu, er habe noch nie eine wirklich gelungene OP gesehen, und die Probleme der meisten Patienten blieben ungelöst. Dies bestätigt auch sein Nachfolger Jon Meyer, der ebenfalls feststellte, dass die psychischen Probleme von Personen mit Geschlechtsdysphorie sich nicht chirurgisch beheben lassen.⁵⁰

Andrea Long Chu, Begründer der sog. zweiten Welle der Trans-Bewegung, äußerte in der New York

Times, er sei sich dessen bewusst, dass Hormontherapien die Tendenz zum Suizid verstärken, dass sein Körper das aus seinem männlichen Genital gebildete vagina-ähnliche „vordere Loch“ immer als Wunde spüren wird und dass es keine Garantie dafür gibt, dass er nach der OP glücklicher sei. Dennoch habe er das Recht, sich mit Unterstützung des Gesundheitssystems unglücklich zu fühlen, wenn er sich denn unglücklich fühlen will.⁵¹ Die Headline über dem Beitrag lautet „Meine Vagina macht mich nicht froh“ und der Untertitel: „... und soll es auch nicht müssen“. Chu geriet von der eigenen Bewegung unter Beschuss, weil er nicht in den Cheerleader-Optimismus einstimme.⁵²

Ryan T. Anderson widmet den Geschichten von Menschen, die ihre Operation bereuen, ein ganzes Kapitel in seinem Buch. Sie alle haben das Empfinden, von der Bewegung zur OP gedrängt worden zu sein, ohne von anderen Optionen gehört zu haben. Eine Cari Stella berichtet bereits 2006 in ihrem auf YouTube hochgeladenen Video, dass sie in der transfreundlichsten Region Amerikas ohne jegliche soziale Ausgrenzung aufgewachsen ist und auch von ihrer Familie unterstützt wurde. Mit 17 Jahren habe sie begonnen, Hormone zu nehmen und sei dann mit 22 „transitioniert“. Als sie jedoch merkte, dass sie mit dem Transsein nur vor sich selbst davonlief, traf sie die Entscheidung, wieder als Frau zu leben.⁵³

2017 initiierte die Ex-Transgender Jade ein Reddit-Forum, dem sich schon bald 7000 Betroffene anschlossen. Vier junge Frauen gründeten 2019 das Pique Resilience Project, eine Plattform für Menschen, die ihren Geschlechtswechsel bereuten und andere auf die Gefahren hinweisen und Alternativen aufzeigen wollen. Alle, die es bereuten, waren zuvor hundertprozentig sicher, transgender zu sein. Obwohl die Zahl der sog. Detransitionier ignoriert oder heruntergespielt wird, zeigt die klinische Erfahrung, dass sie weit größer ist als gemeinhin angenommen.⁵⁴ Sie wird voraussichtlich noch steigen, weil die gängige Praxis junge Menschen mit Geschlechtsdysphorie oft ohne sorgfältiges Abwägen in diese Richtung drängt. Dabei haben auch Detransitionier Anspruch auf mehr Wahrnehmung, Toleranz und Fürsorge.⁵⁵

Kinder als Zielobjekt, Eltern als Missionsfeld

Wenn Jugendliche online nach Orientierung suchen, landen sie schnell auf Websites oder bei Videos, Influencern und Gruppen, die sie „retten“ und die sich mit ihnen gegen die Welt da draußen abschotten wollen. In diesen Milieus wird Anorexie und Transgender als Heldentum gefeiert. Du bist das, als was du dich fühlst. Glaubt man den Trans-Gurus, ist Testosterontherapie unbedenklich und die Lösung aller Probleme. Liebevolle Eltern bestärken ihre Kinder in allem, auch im Geschlechtswechsel. Tun sie das nicht, wenn sie warnen oder auch nur hinterfragen, riskieren sie, dass ihr Kind Selbstmord begeht. Das ist im Grunde emotionale Erpressung. Die LGBTIQ-Bewegung belegt ihr Narrativ gern mit der hohen Zahl von Suizid infolge nicht hinreichender Affirmation. Dabei verweist sie allerdings auf Studien unter Erwachsenen.⁵⁶ Die Selbstmordrate bei nicht-transitionierten Kindern mit Geschlechtsdysphorie ist nicht höher als unter Jugendlichen mit anderen psychischen Problemen,⁵⁷ und sie wird durch Transition nicht geringer.⁵⁸ Wenn schon ein Rat an Eltern, dann dieser: Aus der Entwicklungspsychologie ist bekannt, dass unausgewogene Eltern-Kind-Beziehungen (wie z.B. narzisstische Züge bei einem Elternteil), in denen etwa das gegengeschlechtliche Elternteil (typischerweise die Mutter) sich ambivalent zum Geschlecht des Kindes verhält (meistens den Jungen), eine weitaus größere Belastung für das verunsicherte Kind darstellt. Nicht selten machen Kinderpsychiater die Erfahrung, dass das gegengeschlechtliche Elternteil emotional kollabiert, wenn das Kind nach einer anfänglichen Transition zur Identifikation mit dem biologischen Geschlecht zurückfindet.⁵⁹

Schulen in Kalifornien überbieten sich darin, ihre Schüler in jeder Lebenslage zu unterstützen und feiern LGBTIQ-Schüler als Helden. Sogar in Kindergärten werden die Kleinen programmatisch nach ihrer Geschlechtsidentität befragt. Der Staat ist Vorreiter in progressiver Sexualerziehung und gilt USA-weit als Modell. Kindern lernen im Vorschulalter, dass ihr Körpergeschlecht nicht notwendigerweise mit der Identität übereinstimmt. „Gender-Identity gehört thematisiert“, heißt es, lange vor der Geschlechts-

reife. Individuelle Eigenschaften werden mit kruden Stereotypen der Männlichkeit und Weiblichkeit kontrastiert und bei der geringsten Abweichung, die eigentlich jedes Kind in irgendeiner Hinsicht zeigt, wird den Mädchen und Jungen bescheinigt, „genderfluid“ oder transgender zu sein.

So unterbreitet die vom kalifornischen Bildungsministerium gesponserte Infobroschüre „*Who Are You? The Kid's Guide to Gender Identity*“ den Kindern das ganze Spektrum von transgender über genderqueer, nonbinär, genderfluid, genderneutral, genderfrei, neutralidentitär – und mit besonderer Rücksicht auf die indigene Kultur Amerikas: „two-spirited“. Kinder werden ermutigt, „gender-kreativ“ zu sein.⁶⁰ Infolgedessen identifizieren sich Schüler scharenweise als bisexuell, lesbisch, transgender oder gender-nichtkonform. Der modebedingte Druck auf Grundschüler, zu entdecken, dass sie weder cis noch hetero sind, wächst. Jeder Schüler ist, wer oder was er oder sie fühlt, lautet die Devise. Bereits in der Mittelstufe bietet die Sexualerziehung entsprechend detaillierte Anschauung für die sexuellen Gewohnheiten und Techniken der unterschiedlichsten sexuellen Orientierungen. Wer zu seiner LGBTIQ-Identität „erwacht“, wird nicht nur gleich behandelt, sondern gefeiert. Schulen begehen den Pride Monat und andere Feiertage, und wer sich als Lehrer nicht in Regenbogenfarben hüllt, wird im Sinne des anti-bullying⁶¹ ausgeschlossen.

Und die Eltern? In den Augen der woken Ideologen sind sie zu bekehrende Wilde, die, wenn es gut geht, sich fortbilden und ihre Kinder in akzeptabler Weise unterstützen. Wenn es nicht gut geht, wenn sie etwa hinterfragen, ob ihre pubertierende Tochter ein Junge ist, dann sind sie transphob. Deswegen sehen Schulrichtlinien und Gepflogenheiten zunehmend vor, skeptische Eltern nicht über das Geschlecht ihres Kindes zu informieren und an ihnen vorbei zu agieren. Eltern stehen, selbst wenn sie progressive und LGBTIQ-freundliche Ansichten vertreten, unter dem Generalverdacht, rückständige Barbaren zu sein.⁶²

Nach den Richtlinien der *American Psychological Association* (APA) sollen Therapeuten das Selbstbild

von Menschen, die sich als transgender identifizieren, nicht hinterfragen, sondern akzeptieren.⁶³ Das ist in etwa so absurd wie zu akzeptieren und es mit einem Gütesiegel zu versehen, wenn jemand schwer übergewichtig sein will oder einer anderen Ethnie oder Herkunft zuzugehören meint. Ganz prominent die Therapeutin Randi Kaufman, Expertein auch für Polyamorie und Leder-Sex, die auf die Nachfrage von Abigail Shrier, Journalistin beim *Wall Street Journal*, erwiderte, das Wichtigste sei uneingeschränkte familiäre Unterstützung, wobei es das Mindeste wäre, dass Eltern ihre Kinder mit dem neuen Namen anreden und ihnen Kleider des anderen Geschlechts kaufen. Es reiche aber nicht, zu akzeptieren, was ihre Kinder denken, sie müssten es auch *glauben*. Ihre Devise: „Da wir den Geist nicht ändern können, ändern wir den Körper.“⁶⁴ Man wisse nicht, wo die „Reise“ hingeht, zu trans oder „genderfluid“, aber man hätte nichts zu verlieren, selbst wenn man falsch läge. Auch diese Vorgabe ist abwegig, denn es ist nicht die Aufgabe eines Therapeuten, die Behauptung eines Teenagers oder irgendeines Menschen zu akzeptieren ohne Zweifel anzumelden, zu fragen und angemessen anzuleiten. Einfach annehmen, „weil es einer sagt“, und es dem Patienten zu bestätigen, ist keine Therapie. Erst recht nicht, wenn – wie Abigail Shrier nachweist – Teenagermädchen von Influencern und Trans-Gruppen trainiert werden, ihre Ärzte und Therapeuten erfolgreich anzulügen.⁶⁵

Die klinische Erfahrung zeigt: Die Zahl der Detransitionen liegt höher als angenommen.

Renommierte Fachleute werden zu Dissidenten

Die Medizinwissenschaftlerin Lisa Littman, Dozentin an der Universität Boston und zweifache Mutter, machte 2016 die Beobachtung, dass sich eine erstaunliche Anzahl junger Mädchen in ihrem Wohnort, alle im gleichen Freundeskreis, als trans identifizierte. Sie recherchierte und fand heraus, dass Therapeuten und Ärzte dem Phänomen nicht sorgfältig auf den Grund

gingen. Sie fragten nicht nach Vorlauf und möglichen Ursachen, sondern verschrieben den Mädchen bereitwillig und schnell eine Hormontherapie.

Nachdem ihre Untersuchung in der online Fachzeitschrift *PLOS One* (peer-reviewed) veröffentlicht wurde⁶⁶, fluteten Trans-Aktivist*innen ihren Twitter Account: Sie sei transphob, hätte nur konservative transfeindliche Eltern interviewt – was nicht stimmt, denn 85 % der befragten Eltern unterstützten LGBTIQ-Rechte, sie hatten lediglich Zweifel, ob ihre Töchter, die nie zuvor Probleme mit ihrer Geschlechtsidentität hatten, plötzlich transgender seien. An ihrer Uni verbreitete ein transgender Student, der Beitrag sei unwissenschaftlich, und andere, dass er Trans-Menschen gefährde. *PLOS One* leistete unter Druck öffentlich Abbitte dafür, dass man die Studie nicht besser kontextualisiert und die Methoden nicht kritisch hinterfragt hätte. Die Kinderpsychologin Diane Ehrensaft gab im *The Economist* zum besten,

Psychiater, die hinterfragen, ob die affirmative Therapie die einzig wahre sei, werden von Trans-Aktivist*innen attackiert und als transphob gebrandmarkt.

Eltern von Transkindern zu befragen wäre, als frage man den Klu-Klux-Klan oder die Besucher von Alt-Right-Portalen zu schwarzer Minderwertigkeit. Dabei hatte Littman selbst als liberal eingestellte Wissenschaftlerin in einer Planned Parenthood Praxis gearbeitet und publizierte regelmäßig im progressiven online Journal *Huffington Post*. Dennoch drängten Aktivist*innen ihren

Arbeitgeber, das Gesundheitsamt Rhode Island, sie wegen „rechter“ Ansichten zu feuern. 2019 veröffentlichte Littman ihre Studie mit methodologischer Nachjustierung in *PLOS One* – mit den gleichen Resultaten.⁶⁷

Ähnliche Trends beobachtet man in zahlreichen Ländern der westlichen Welt. Die Zahl minderjähriger Mädchen, die den Wunsch nach geschlechtsangleichenden OPs äußerten, explodierte im Jahr 2018 in England um 4000 %. In den USA vervierfachte sich

die Nachfrage zwischen 2016 und 2017 – anteilig sind etwa 70 % aller an jungen Frauen vorgenommenen OPs solche Eingriffe.⁶⁸ Geschlechtsidentitätsstörung ist ein Mangel an Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergeschlecht, die typischerweise in der frühen Kindheit einsetzt. In den meisten Fällen löst sie sich spontan auf. In der Regel betraf es 0,01 % der Bevölkerung, nahezu ausschließlich Jungen. Bis 2012 war es wissenschaftlich nicht belegt, dass weibliche Teens plötzlich eine schwere Geschlechtsidentitätsstörung entwickeln können. Abigail Shrier macht zwei Merkmale der „Trans-Epidemie“, wie sie es nennt, aus: Erstens trifft sie mehrheitlich Mädchen im Teenageralter (Anstieg um 65 %), die „herausfinden“, dass sie transgender sind, nachdem sie tief in die Welt entsprechender Internet-Plattformen eingetaucht sind. Zweitens ist diese Selbstidentifikation bei Schülerinnen der Oberstufe derart in Mode gekommen, dass immer mehr Mädchen immer mehr transgender Freundinnen haben – hier ist ein Anstieg um 70 % zu verzeichnen.⁶⁹

Psychiater mit hoher fachlicher Reputation, die hinterfragen, ob die affirmative Therapie die einzig wahre sei, werden weltweit von Trans-Aktivist*innen attackiert und als unwissenschaftlich oder transphob gebrandmarkt. Abigail Shrier hat einige aufgespürt: Kenneth Zucker etwa zählt diverse Ursachen der Geschlechtsdysphorie bei Kindern auf und meint, dass affirmative Therapie schlichtweg keine Therapie sei. Nach Ansicht von Ray Blanchard gebärden sich Aktivist*innen und Lobbyisten zunehmend aggressiv. Junge Patienten sagen nun mal, was sie denken und fühlen, es sei jedoch höchst unprofessionell, wenn Ärzte und Psychologen das Gesagte unkritisch übernehmen. Mädchen in der Adoleszenz, die der Vorstellung anhängen, zum anderen Geschlecht zu gehören, litten nicht an einer Geschlechtsidentitätsstörung, ihre Transgender-Identität beruhe auf einem Irrtum („mistaken identity“). Die jungsche Psychoanalytikerin Lisa Marchiano mag nicht einfach glauben, dass so viele Mädchen in Amerika transgender sind. Sie erklärt das Phänomen damit, dass von Zeit zu Zeit bestimmte psychische Krankheitsbilder zur gesellschaftlich akzeptierten, modischen Selbstdiagnose arrivieren, und meint, dass Trans-Aktivist*innen Suizi-

dalitätsraten in unethischer Weise zur „gefühlsmäßigen Erpressung“ von kritischen Eltern und Therapeuten missbrauchen. Paul McHugh, ehemaliger Leiter der Psychiatrie an der Johns Hopkins Klinik, der 1979 für die Schließung der dort ansässigen (seither wieder eröffneten) Gender-Klinik gesorgt hatte, warnt, man könne unmöglich voraussagen, wer die geschlechtsangleichende OP bereuen wird und wer nicht. Die Geschlechtsidentität der Patienten auf Zuruf zu akzeptieren sei eine bedenkliche Modeerscheinung in der psychiatrischen Zunft.⁷⁰

Walt Heyer – „Transgenderismus gibt es nicht“

Einer der bekanntesten „Detransitionierer“ ist Walt Heyer, den ich schriftlich kontaktiert habe. Heyer unterzog sich 1983 einer geschlechtsverändernden OP, bereute es aber einige Jahre später und versuchte sie soweit wie möglich rückgängig zu machen. Seither ist er ein scharfer Kritiker der Transgender-Bewegung.⁷¹ Wie er mir schrieb, hatte ihm die Großmutter seit seinem vierten Lebensjahr Mädchenkleider angezogen und ihn als Mädchen behandelt. Das war, schreibt er, „der Anfang meiner Geschlechtsdysphorie. Aber Geschlechtsdysphorie behandelt man nicht affirmativ, hormonell oder chirurgisch; im Gegenteil. Man behandelt sie am besten durch Psychotherapie. Läuft es gut, werden Therapeut und Klient die Antwort auf die Frage finden, wann und wie es begann. In vielen Fällen ist der Dysphorie eine unangemessene Einflussnahme von Seiten des anderen Geschlechts vorausgegangen. Oder es liegt ihr ein Trauma, ein tragischer Verlust, eine tiefe Enttäuschung oder eine Form von Missbrauchserfahrung zugrunde.“

Heyer, der selbst einen Abschluss in Psychologie hat, berichtete mir, dass er während des Studiums an der University of California nach intensiver Sichtung der maßgeblichen Fachliteratur „zahlreiche Belege dafür fand, dass ein Gender-/Geschlechtswechsel in der Regel als Indikator für psychische, emotionale, soziale oder sexuelle Störungen galt und nie als eigene medizinische Diagnose behandelt wurde.“ Transgeschlechtlichkeit, folgert er, gibt es aus psychiatrischer Warte gar nicht, es ist ein nicht zu verifizierendes „Konzept“. In einem seiner Bücher ließ Heyer

zahlreiche Detransitionierer zu Wort kommen, die ihre angleichenden OPs später bitter bereuten, aber mit ihrer Not in der Transgender-Community kein Gehör fanden.⁷² Er publizierte auch offen über die unerwünschten Folgen der Operationen.⁷³

Jamie Shupe – im Irrgarten der Narrative

„Vor vier Jahren schrieb ich in der New York Times über meine Entscheidung, als Frau zu leben, um, wie ich es formulierte, ‚authentisch als die Frau zu leben, die ich immer war‘, und dass ich ‚mein weißes männliches Privileg gegen das Los der am meisten gehassten Minderheit Amerikas tauschte‘. Vor drei Jahren beschloss ich, weder männlich noch weiblich, sondern nonbinär zu sein – und machte Schlagzeilen, nachdem ein Richter in Oregon mir zugestand, mich als drittes Geschlecht, nicht männlich oder weiblich auszuweisen. Nun will ich wieder als der Mann leben, der ich bin“, schrieb Jamie Shupe, „Amerikas erste nonbinäre Persönlichkeit“ in *The Daily Signal*.⁷⁴ Er habe im Jahr 2013 einer Krankenpflegerin gedroht, sich anderweitig Hormone zu beschaffen, wenn sie ihm keine verschriebe. „Die praktizierende Pflegerin ignorierte meine chronische posttraumatische Belastungsstörung nach 18 Jahren Militärdienst, den mir alle meine Ärzte bescheinigt hatten. Einige meinen gar, ich sei bipolar und leide wahrscheinlich an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Man hätte mich stoppen müssen, aber eingeschüchtert vom entfesselten Transgender-Aktivismus wagte es die mich behandelnde Pflegerin nicht, Nein zu sagen.“

Nach dem Trans-Narrativ, so Shupe, brauche er nur Hormone und die chirurgische Verwandlung seines Penis in eine Vagina, „dann wäre ich wie jede andere Frau. Diese Phantasie verkaufte mir die Transgender-Community. Die Lüge, die mir einleuchtete und die ich glaubte.“ Eine einzige Therapeutin versuchte, sich zu widersetzen, doch Shupe zog sie vor Gericht. In den Augen der Trans-Bewegung war sie ein „Gatekeeper“. Die „fachliche Stigmatisierung von ‚Konversionstherapien‘ machte es ihr unmöglich, meine Motive für den Geschlechtswechsel zu hinterfragen.“ Er hätte intensive Therapie gebraucht, doch die „medizinische Welt sei dermaßen eingeschüchtert von

der Trans-Community, dass es keiner wage, jemandem eine Diagnose im Sinne Blanchards zu stellen. Trans-Männer fallen jetzt in der Medizin ein; die Schlacht um die Begriffe haben sie bereits gewonnen.“ Die Wahrheit, fügt Shupe hinzu, „ist, dass mein Geschlechtswechsel zu nonbinär medizinischer und wissenschaftlicher Betrug war.“ Denn er habe „keine Geschlechtsentwicklungsstörung gehabt. „Meine Geschlechtsverwirrung war nur in meinem Kopf. Ich hätte Therapie gebraucht, aber die Ärzte, Richter und Hilfsorganisationen huldigten stattdessen meiner Fiktion. [...] Als ich im Januar 2019 merkte, dass ich den Betrug keinen Tag länger aufrechterhalten kann, forderte ich mein männliches Geburtsgeschlecht zurück. Die Lüge wog schwerer auf meinem Gewissen als der Ruhm, zu dem ich mit der Teilnahme an diesem Schwindel gelangt war. Zwei fake Genderidentitäten konnten nicht die Wahrheit meiner biologischen Realität überdecken. Es gibt kein drittes Gender oder Geschlecht. Wie ich, sind auch intersexuelle Menschen entweder männlich oder weiblich, ihre Kondition ist die Folge einer Geschlechtsentwicklungsstörung, und sie brauchen Hilfe und Mitgefühl.“

Shupe erhielt im Januar 2019 eine militärische ID-Karte mit der Geschlechtsangabe männlich. 2021 jedoch wurde er wieder trans mit dem Pronomen „sie“, nannte sich Elisa Rae Shupe und wettete 2022 gegen die „Anti-Trans-Bewegung“. Elisa Shupe lebt nun pansexuell. Ihr Fall macht alle Unsicherheiten rund um das Phänomen anschaulich und offenbart die verheerende Wirkung irreversibler medizinischer Eingriffe. Gibt es eine Garantie dafür, dass sich Shupes Genderidentität nicht wieder ändert? Kann man von ihrer Geschichte darauf schließen, dass Transsexualität angeboren ist? – Ich meine, nein.

Was die Forschung sagt – und was nicht

Unter den wichtigen Themen, die es wert sind debattiert zu werden, gehört die Bestätigung und Stärkung der Geschlechtsidentität von Kindern zu den dringlichsten. Eine der Affirmation verpflichtete Agenda, die Mädchen, die Traktor fahren, und Jungs, die mit Puppen spielen, mit Pubertätsblockern beispringen möchte, blendet die Tatsache aus, dass zwischen 80

und 95 % aller Kinder, die in ihrer Geschlechtsidentität verunsichert sind, im Zuge ihrer Entwicklung die Phase der Verunsicherung hinter sich lassen und sich mit ihrem biologischen Geschlecht identifizieren;⁷⁵ dass es gute therapeutische Hilfe gibt, falls die Dysphorie bis in die Pubertät anhält;⁷⁶ und dass eine Verhinderung der natürlich einsetzenden Pubertät enorme Gefahren birgt.⁷⁷

Pubertätsblocker können die Verdichtung der Knochen hemmen und erhöhen das Risiko für Osteoporose und sexuelle Dysfunktionen. Sie können die Hirnentwicklung und die volle Ausbildung des IQ beeinträchtigen.⁷⁸ Es ist zudem zweifelhaft, ob sie zum psychischen Wohlbefinden beitragen.⁷⁹ Hormontherapien können sich belastend auf Herz und Gefäße sowie auf die Knochenstruktur auswirken.⁸⁰ So wurde im Stockholmer *Karolinska Institut*, das als Pionier auf dem Gebiet gilt, die Behandlung Minderjähriger mit Pubertätsblockern und gegengeschlechtlichen Hormonen komplett eingestellt. (Ausnahme bilden einzelne kontrollierte Studien.)⁸¹ Und noch eine wichtige Bemerkung: Kindern nach einer sozialen Transition geht es psychisch *nicht besser* als Kindern, die nicht transitionieren.⁸² Auch das als maßgeblich geltende „Dutch Protocol“ warnt vor sozialer Transition bei Kindern.⁸³

Die Ärzte Paul McHugh und Lawrence Meyer haben die Fachliteratur zu Genderidentität und Transgender analysiert und kommen zu folgendem Ergebnis: Es ist durch die Geschichte hindurch wiederholt belegt und gilt für das gesamte Tierreich, dass „männlich“ und „weiblich“ binär angelegt sind und ihre strukturellen Differenzen auf Reproduktion zielen. Lediglich in Bezug auf den Menschen wird dieser Zusammenhang seit neuestem hinterfragt.⁸⁴ Selbst wenn sich bei einigen wenigen Kindern die Überzeugung, zum anderen Geschlecht zu gehören, als so stark und dauerhaft erweist, dass sie von einer Affirmation profitieren, würden sich dennoch „nahezu alle Kinder zuletzt mit ihrem biologischen Geschlecht identifizieren. Einem Zweijährigen aufgrund von Selbstaussagen und Verhalten, das man landläufig mit dem anderen Geschlecht identifiziert, Transgeschlechtlichkeit zu bescheinigen, ist wissenschaft-

lich nicht gerechtfertigt. Es ist ungeheuerlich, alle Kinder, die in bestimmten Phasen ihrer Entwicklung geschlechtsuntypische Äußerungen und Verhaltensweisen zeigen, zur Transidentität zu ermutigen.“⁸⁵

Das Trans-Narrativ beruht, wie es Andrew T. Walker und Denny Burk in der Zeitschrift des Witherspoon Institute *Public Discourse* formulieren, „nicht auf nachweisbaren Tatsachen, sondern auf der Ideologie eines expressiven Individualismus – der Vorstellung, jeder solle die von ihm selbst definierte Identität ausleben, und jeder andere habe sie zu respektieren und zu bestätigen, was immer sie sei. Der expressive Indi-

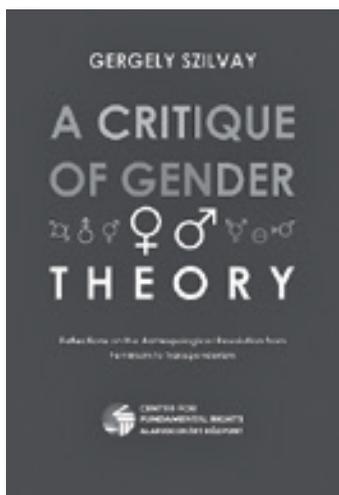
vidualismus bedarf keiner moralischen Begründung und keiner empirischen Rechtfertigung für seine Forderungen, seien sie noch so absurd und verdreht. Transgender ist kein wissenschaftlicher Befund, sondern ein *a priori*: das ideologische Bekenntnis zur Biegsamkeit von Geschlecht.“⁸⁶

Der Transgenderismus ist das Jakobinertum der anthropologischen Revolution, die ihren eigenen philosophischen Unterbau auf den Kopf stellt und zuletzt sowohl die Anstifter als auch die Kinder der Revolution vertilgt. ■

Gergely Szilvay PhD studierte Geschichte und Publizistik/Kommunikation und promovierte 2020 an der *Pázmány Péter Catholic University Budapest* über die gleichgeschlechtliche Ehe aus politologisch-kulturanthropologischer Sicht. Er arbeitet als Fachjournalist für Politik und Kultur in Budapest.

2022 erschien seine umfangreiche Studie *A Critique of Gender theory. Reflections on the Anthropological Revolution from Feminism to Transgenderism*. © Jogállam és Igazság Kft Budapest, 485 S.

Der hier mit freundl. Genehmigung des Autors und des Verlags veröffentlichte Text ist das von uns übersetzte, gekürzte und leicht redigierte Kapitel 11 *Transgenderism*, S. 223-258.



ISBN (printed): 978-615-6476-03-6

ISBN (online): 978-615-6476-02-9

Anmerkungen / Zugriff für alle Internetquellen ist der 14. Juli 2023

- 1 Kirkup, James: *In just a few words, JK Rowling has changed the transgender debate*, The Spectator (19.12.2019), <https://www.spectator.co.uk/article/in-just-a-few-words-jk-rowling-has-changed-the-transgender-debate/>
- 2 Vgl. Szilvay, Gergely: *Rossz test: vécéháború az USA-ban [Falscher Körper: Toilettenkrieg in den USA]*, Magyar Nemzet Hétvégi Magazin (22.5.2016), www.magyarnemzet.hu/archivum/hetvegi-magazin/rossz-test-vecehaboru-az-usaban-3942822/
- 3 Zit. nach Dreher, Rod: *UK Feminist: Help Us Fight Trans Tyranny*, The American Conservative (23.3. 2018) <https://www.theamericanconservative.com/uk-feminist-trans-tyranny/>
- 4 Kohán, Mátyás: *Bideni rendelet: bedönthetik a női sportot a transznemű versenyzők*, [Biden verfügt: Trans-Athleten könnten den Frauensport kippen] Mandiner 21.2.2021, www.mandiner.hu/kulfold/2021/02/joe-biden-sport-transznemuek
- 5 Shupe, Jamie: *This debate is about gender dysphoria, not transgender military service*, MercatorNet, (1.8. 2017), www.mercatornet.com/mobile/view/this-debate-is-about-gender-dysphoria-not-transgender-military-service
- 6 Vgl. Szilvay, G: *Mi folyik Kanadában?* [Was geht vor in Kanada?], Mandiner 10.3.2018, www.mandiner.hu/cikk/201803010_mi_folyik_kanadaban
- 7 Ebd.
- 8 Vgl. American Psychiatric Association 2013 (DSM-5), S. 451-459
- 9 Morris, James: *Conundrum*, London: Faber & Faber 1974
- 10 Schätzung von Amnesty International, vgl. *Why transgender people are being sterilised in some European countries*, The Economist, (1.9.2017), www.economist.com/the-economist-explains/2017/09/01/why-transgender-people-are-being-sterilised-in-some-european-countries
- 11 Miller Claire Cain: *The Search for the Best Estimate of the Transgender Population*, The New York Times (8.6. 2015), www.nytimes.com/2015/06/09/upshot/the-search-for-the-best-estimate-of-the-transgender-population.html?_r=0.1.4 ; Steinmetz, Katy, *‘Million Americans Identify as Transgender, Study Finds’*, Time, (06/30/2016), www.time.com/4389936/transgender-americans-statistic-how-many/
- 12 Anderson, Ryan T.: *When Harry Became Sally – Responding to the Transgender Moment*, Encounter Books 2018, E-book), S. 94
- 13 Ebd. S. 95-96
- 14 Collin Collin, Lindsay et al.: *Prevalence of Transgender Depends on the “Case” Definition: A Systematic Review*, The Journal of Sexual Medicine, 13/4, (2016), S. 613-626
- 15 Vagianos, Alanna: *Women Aren’t The Only People Who Get Abortions*, The Huffington Post (6.6.2019), www.huffpost.com/entry/women-arent-the-only-people-who-get-abortions_n_5cf55540e4b0e346ce8286d3?
- 16 Z. B Gay and Lesbian Independent School Teachers Network (GLESN): *Model District Policy on Transgender and Gender Nonconforming Students*, (2016), www.glsen.org/article/transgender-model-district-policy
- 17 Vgl. Shrier, Abigail: *Irreversible Damage: Teenage Girls and the Transgender Craze*, Regnery Publishing 2020, S. 127-128
- 18 Brubaker, Rogers: *Trans: Race and Gender in an Age of Unsettled Identities*, Princeton Univ. Press, 2016) S. 71-153
- 19 Betlen, Anna: *Transzba esve – új hullám a globalizált testiparban [In Trans gefallen – neuer Trend am globalen Körpermarkt]*, Blogbeitrag 19.11.2020, www.iphigeniablog.wordpress.com/2020/11/19/transzba-esve-uj-hullam-a-globalizalt-testiparban/
- 20 Rude, Mey: *It’s Time For People to Stop Using the Social Construct of “Biological Sex” to Defend Their Transmisogyny*, Autostraddle, (5.6.2014), www.autostraddle.com/its-time-for-people-to-stop-using-the-social-construct-of-biological-sex-to-defend-their-transmisogyny-240284/
- 21 Raymond, Janice: *The Transsexual Empire: The Making of the She-Male*, Beacon-Press 1979
- 22 Anderson 2018, a.a.O., S. 46f
- 23 Ebd.
- 24 Ebd.
- 25 Hier fasse ich die Ausführungen von Anderson 2018 zusammen, a.a.O., S. 97-103
- 26 Shrier 2020, a.a.O., S. 161-184
- 27 WPATH 2012 – The World Professional Association for Transgender Health, *Transgender, and Gender Nonconforming People*, https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_English.pdf.
- 28 Ebd.
- 29 Ebd.
- 30 Vgl. <https://www.healthline.com/health/transgender/metoidioplasty>

- 31 WPATH 2012
- 32 Shrier 2020, a.a.O. S. 172-173
- 33 Bilek, Jennifer: *Who Are the Rich, White Men Institutionalizing Transgender Ideology?*, The Federalist (20.22018), www.thefederalist.com/2018/02/20/rich-white-men-institutionalizing-transgender-ideology/
- 34 George, Robert P.: *Gnostic liberalism*, First Things, (Dez. 2016), www.firstthings.com/article/2016/12/gnostic-liberalism
- 35 Tollefsen, Christopher O.: *Sex Identity*, Public Discourse, (13.7. 2015), www.thepublicdiscourse.com/2015/07/15306/
- 36 Ebd.
- 37 Ebd.
- 38 Ebd
- 39 In: Anderson 2018, a.a.O., S. 101
- 40 McHugh, Paul: *Transgenderism: A Pathogenic Meme*, Public Discourse, (10.6.2015), www.thepublicdiscourse.com/2015/06/15145/.
- 41 McHugh, Paul, Mayer, Lawrence: *Sexuality and Gender. Findings from the Biological, Psychological, and Social Sciences*, New Atlantis, (Fall 2016). insbes.: www.thenewatlantis.com/publications/introduction-sexuality-and-gender.
- 42 Batty, David: *Mistaken Identity*, The Guardian (30.7.2004), www.theguardian.com/society/2004/jul/31/health.socia-care
- 43 In: Anderson 2018, a.a.O., S. 102
- 44 Ebd., S. 103
- 45 In: Murray, Douglas: *The Madness of Crowds: Gender, Race and Identity*, Bloomsbury Continuum 2019, Loc. S. 3970-4039
- 46 Vgl. etwa van Mol, André: AJP Issues Correction: *No Mental Health Gain from Gender-Affirming Surgery*, Christian Medival & Dental Associations (27.8.2020), www.cmda.org/ajp-issues-correction-no-mental-health-gain-from-gender-affirming-surgery/; Kuhn, Annette et al.: *Quality of Life 15 Years After Sex Reassignment Surgery for Transsexualism*, Fertility and Sterility, 92/5, (2009), S. 1685-1689
- 47 Grant, Jaime et al.: *Injustice at Every Turn. A Report of the National Transgender Discrimination Survey*, The National Gay and Lesbian Task Force, National Center for Transgender Equality, (2011), https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf
- 48 Dhejne, Cecilia et al: *Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden*, PLOS ONE, (22.2. 2011), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>; optimistischere Studien untersuchen nur kurze Zeiträume und bedürfen der Korrektur. Vgl. *Early Social Gender Transition in Children is Associated with High Rates of Transgender Identity in Early Adolescence*, Society for Evidence Based Gender Medicine, (5.5.2022), www.segm.org/early-social-gender-transition-persistence
- 49 Dhejne, C. et al.: *Mental Health and Gender Dysphoria: A Review of the Literature*, International Review of Psychiatry, 28/1, (2016), S. 44-57; Heylens, Gunter et al.: *Psychiatric Characteristics in Transsexual Individuals: Multicentre Study in Four European Countries*, The British Journal of Psychiatry, 204/2, (2014), S. 151-156; Vanderlaan, Doug P.et al.: *Autism Spectrum Disorder Risk Factors and Autistic Traits in Gender Dysphoric Children*, Journal of Autism and Developmental Disorder, 45/6 (2015), S. 1742-1750.; Kaltiala-Heino, Riittakerttu et al.: *Gender Dysphoria in Adolescence: Current Perspectives*, Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 2/9 (2018), S. 31-41; Thrower, Emily et al.: *Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Amongst Individuals with Gender Dysphoria: A Systematic Review*, Journal of Autism and Development Disorders, 50/3, (2020), S. 695-706.
- 50 McHugh, Paul R.: *Surgical Sex*, First Things, (Nov. 2004), <https://www.firstthings.com/article/2004/11/surgical-sex>.
- 51 Chu, Andrea Long: *My New Vagina Won't Make Me Happy*, The New York Times, (24.11.2018), www.nytimes.com/2018/11/24/opinion/sunday/vaginoplasty-transgender-medicine.html
- 52 Vgl. Dreher, Rod: *Andrea Long Chu's Fake Vagina*, The American Conservative, (11/24/2018), www.theamericanconservative.com/dreher/meaning-of-andrea-long-chu-fake-vagina/
- 53 Anderson 2018, a.a.O., S. 52-56
- 54 Vandebussche, Elie: *Detransition-Related Needs and Support: A Cross-Sectional Online Survey*, Journal of Homosexuality, 69/9, (2022), S. 1602-1620, s.a. www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00918369.2021.1919479; Hall, R. u. Mitchell, L. u. Sachdeva, J.: *Access to Care and Frequency of Detransition Among a Cohort Discharged by a UK National Adult Gender Identity Clinic: Retrospective Case-Note Review*, BJPsych Open, (1.10.2021), www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34593070/; Marchiano, Lisa: *Gender Detransition: A Case Study*, Analytical Psychology, 66 (2021), S. 813-832.
- 55 *Gender Dysphoria Endocrine Society & Pediatric Endocrine Society Guidelines Intentionally Hide Risk & Harm*, Gender Health Query blog (16.1.2021), www.genderhq.org/blog/2021/1/13/gender-dysphoria-endocrine-society-pediatric-guidelines-hide-risk.

- 56 Vgl u.a. Stock, Kathleen: *Material Girls: Why Reality Matters for Feminism*, London: Fleet 2021, S. 186-195. Übrigens wurden die von Stock angeführten Studien falsch oder halbrichtig zitiert von selbsternannten Faktenchecker-Portalen.
- 57 Graff, Nastasja M. de et al.: *Suicidality in Clinic-Referred Transgender Adolescents*, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2022; 31: 67-83.
- 58 Die Korrektur von Bränström and Pachankis 2020, a.a.O.
- 59 Etwa Kosky, Robert J: *Gender-Disordered Children: Does Inpatient Treatment Help?*, *The Medical Journal of Australia*, 146, (1987), S. 565- 569.
- 60 Pessin-Whedbee, Brook: *Who Are You? The Kids' Guide to Gender Identity*, London: Jessica Kingsley Publishers, 2016
- 61 Shrier 2020, a.a.O. S. 59-78
- 62 Ebd., S. 79-98
- 63 APA: *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Non-Conforming People*, *American Psychologist*, 70, (2015), www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf
- 64 Shrier 2020, a.a.O., S. 107
- 65 Ebd., S. 41-58
- 66 Littman, Lisa: *Parent Reports of Adolescents and Young Adults Perceived to Show Signs of a Rapid Onset of Gender Dysphoria*, *PLoS ONE*, 14, no. 3, (16/08/2018), www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30114286/ – und Erwiderung auf die Kritik: *The Use of Methodology Is Consistent with the Use of Methodologies in Other Studies Contributing to the Field of Gender Dysphoria Research: Response to Restar* (2019), *Archive of Sexual Behaviour*, 49/1, (2020), 67–77.
- 67 Shrier 2020, a.a.O. S. 25-39
- 68 Ebd. S. 26
- 69 Ebd.
- 70 Ihre Geschichten ebd., S 123-142
- 71 Walt Heyer hat über viele Jahre zu dem Thema veröffentlicht, hier eine Auswahl: *Paper Genders*, Make Waves Publishing 2011; *Gender, Lies and Suicide*, CreateSpace Indep. Publ. Platform 2013; und im Selbstverlag: *A Transgender's Faith* 2015; *Trans Life Survivors 2018*; *Articles of Impeachment against Sex Change Surgery* 2020
- 72 Heyer 2018
- 73 Heyer 2020
- 74 Shupe 2019, a.a.O.
- 75 McHugh, Paul R. Hruz, Paul, Mayer, Lawrence S.: *Brief of Amici Curiae in Support of Petitioner, Gloucester County School Board v. G.G.*, Supreme Court of the United States, No. 16-273, (10/01/2017), p.12., www.scotusblog.com/wp-content/uploads/2017/01/16-273-amicus-petitioner-mchugh.pdf ; Zucker, Kenneth J.: *The Myth of Persistence: Response to "A Critical Commentary on Follow-Up Studies and 'Desistance' Theories About Transgender and Gender Non-Conforming Children"* by Temple Newhook et al. (2018), *International Journal of Transgenderism*, 19 (2018), S. 231-245 ; Ristori, Jiska u. Steensma, Thomas D.: *Gender Dysphoria in Childhood*, *International Review of Psychiatry*, 28/1, (2016), 13-20.
- 76 Vergleiche etwa Clarke, Anna C. u. Spiliadis, Anastassis: *Taking the Lid Off the Box: The Value of Extended Clinical Assessment for Ado-lescents Presenting with Gender Identity Difficulties*, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24/2, (2019), S. 338–352.
- 77 McHugh, Paul R., Hruz, Paul W., Mayer, Lawrence B.: *Growing Pains: The Problems with Puberty Suppression in Treating Gender Dysphoria*, *New Atlantis*, 52, (Spring 2017.); Anderson 2018 a.a.O., S. 117-145
- 78 Schneider et al.: *Brain Maturation, Cognition and Voice Pattern in a Gender Dysphoria Case under Pubertal Suppression*, *Frontiers in Human Neuroscience*, 11:528, (2017.)
- 79 Vries, Annelou L. C. de et al.: *Puberty Suppression in Adolescents with Gender Identity Disorder: A Prospective Follow-Up Study*, *The Journal of Sexual Medicine*, 8/8, (2011), S. 2276-2283.; Carmichael, Polly et al.: *Short-Term Outcomes of Pubertal Suppression in a Selected Cohort of 12 to 15 Year-Old Young People with Persistent Gender Dysphoria in the UK*, *PLoS ONE*, 2021; 16:e0243894.
- 80 Klink, Daniel et al.: *Bone Mass in Young Adulthood Following Gonadotropin-Releasing Hormone Analog Treatment and Cross-Sex Hormone Treatment in Adolescents With Gender Dysphoria*. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2015; 100: E270–E275.; No-ta, Nienke M. et al.: *Occurrence of Acute Cardiovascular Events in Transgender Individuals Receiving Hormone Therapy. Results From a Large Cohort Study*, *Circulation*, 139/11, (2019), 1461–1462.
- 81 SEGM: *Early Social Gender Transition in Children is Associated with High Rates of Transgender Identity in Early Adolescence*, *Society for Evidence Based Gender Medicine*, (05/05/2022), www.segm.org/early-social-gender-transition-persistence.

- 82 Wong, Wang Ivy et al.: 'Childhood Social Gender Transition and Psychosocial Well-Being: A Comparison to Cisgender Gender-Variant Children', *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7/3, (2019), 241–253
- 83 Vries, Annelou L. C. de, Cohen-Kettenis, Peggy T.: *Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents: The Dutch Approach*, *Journal of Homosexuality*, 59, (2012), S. 301-320
- 84 McHugh, Paul, Mayer, Lawrence 2016 a.a.O.
- 85 Ebd.
- 86 Walker, Andrew T., Burk, Denny: *National Geographic's „Gender Revolution“: Bad Argument and Biased Ideology*, *Public Discourse*, (6.1. 2017), www.thepublicdiscourse.com/2017/01/18491

Niemand ist im falschen Körper geboren

Geschlechtsdysphorien bei Kindern und Jugendlichen – medizinische und psychologische Aspekte

Christl Ruth Vonholdt

Der folgende Artikel fasst aktuelle medizinische und psychologische Forschungsergebnisse zur Transgender-Thematik bei Minderjährigen zusammen. Die Fakten zu kennen kann uns helfen, betroffenen Kindern und Jugendlichen mit mehr Verständnis und Liebe zu begegnen.

Zusammenfassung

1. Geschlechtsdysphorien und Geschlechtsinkongruenz bei Kindern und Jugendlichen waren selten und betrafen vor allem Jungen. Seit einigen Jahren sehen wir nun eine rasante Zunahme von Kindern und Jugendlichen, die Transgender-Behandlungen suchen. 85% von ihnen sind Mädchen.
2. Die meisten Jugendlichen (61% - 98%) verlieren ihre Geschlechtsdysphorie im Lauf ihrer Entwicklung zum Erwachsenen von selbst – sofern niemand künstlich in ihre Pubertätsentwicklung eingreift.
3. Vorherrschender Behandlungsansatz ist immer noch die „trans-affirmative Therapie“ der „Trans-Medizin“. Sie soll einem Kind oder Jugendlichen die „Transition zum Wunschgeschlecht“ und ein „Leben im Wunschgeschlecht“ ermöglichen. Ein echter Geschlechtswechsel ist allerdings nicht möglich.
4. Eine Transition beinhaltet massive Eingriffe in die mentale und psychische Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen sowie in ihre körperliche Unversehrtheit. Die Resultate sind oft irreversible Schäden am Körper und eine irreversible Infertilität.
5. Die Transition zum Wunschgeschlecht kann die hohe Rate der psychischen Erkrankungen, unter denen Personen mit Geschlechtsdysphorie leiden, nicht verringern.
6. Neben einer wahrscheinlich konstitutionell bedingten Vulnerabilität besteht bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie eine hohe Wahrscheinlichkeit für psychiatrische Vorerkrankungen (Depressionen, Angststörungen, bipolare Störungen, Suizidalität), für zugrundeliegende neurobiologische Entwicklungsprobleme (Autismus, ADHS) und für zugrundeliegende psychische Traumata.
7. Internet, soziale Medien und soziale Ansteckung können vulnerable Kinder dazu führen, eine Transgender-Identität anzunehmen.
8. Der Widerstand gegen die Trans-Medizin als Behandlungsform für Kinder und Jugendliche wächst. Immer mehr Fachleute und Betroffene sehen die „Transition zum Wunschgeschlecht“ für Kinder und Jugendliche als gravierende Fehltherapie an. Klagen und Gerichtsverfahren gegen diese Behandlung haben begonnen.

I. Niemand ist im falschen Körper geboren

Häufigkeit

Die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die eine Transgender-Behandlung suchen, hat in den letzten Jahren rasant zugenommen. In der Tavistock Gender Clinic in London beispielsweise waren es im Jahr 2009 noch 51 Kinder und Jugendliche; im Jahr 2022 waren es schon 3585.¹ Auch die Zahl der ratsuchenden Kinder unter 10 Jahren hat deutlich zugenommen.² Die größte Gruppe sind derzeit Mädchen. Sie machen international etwa 85% der betroffenen Kinder aus, die meisten sind zwischen 12 und 17 Jahren.³

Die Begriffe

Biologisches Geschlecht

Das biologische Geschlecht ist ein objektives körperliches Merkmal. Es ist klar definiert, die anatomo-

mischen Strukturen sind binär und komplementär angeordnet. Es gibt nur zwei Geschlechter, männlich und weiblich, Mann und Frau. Es gibt nur Samenzellen und Eizellen, nichts Drittes.⁴ Grundlage für das biologische Geschlecht sind die Geschlechtschromosomen, beim Mädchen XX, beim Jungen XY.

Organismen werden als männlich oder weiblich bezeichnet aufgrund ihrer körperlichen Strukturen, die auf ihre spezifisch männlichen oder weiblichen Aufgaben bei der Prokreation, der Weitergabe des Lebens hinweisen. Diese anatomischen Strukturen existieren objektiv, auch wenn sie nicht genutzt werden oder eine Zeugung / Empfängnis nicht möglich oder nicht gewünscht ist. Sie haben zunächst nichts zu tun mit typisch weiblichen oder typisch männlichen Merkmalen und Eigenschaften. Zu behaupten, bestimmte Eigenschaften, Vorlieben und Aktivitäten würden die Grundlage für Junge- oder Mädchensein darstellen, ist sachlich falsch. Ein Mädchen wird kein Junge, weil es eine Vorliebe für Baumklettern hat oder Automechanikerin werden möchte. Es bleibt ein Mädchen. Ein Junge wird auch kein Mädchen, weil er vorwiegend mit Puppen spielt oder lieber liest und malt, statt Fußball zu spielen. Er bleibt ein Junge. Bezüglich typischer oder untypischer Eigenschaften, Vorlieben und Tätigkeiten gibt es eine riesige Überlappung zwischen Jungen und Mädchen, Männern und Frauen. Das ist wichtig zu wissen, weil eine Tendenz besteht, die soziale Transition „zum Wunschgeschlecht“ schon einzuleiten, wenn ein kleines Kind starke Vorlieben für Tätigkeiten zeigt, die typischerweise dem anderen Geschlecht zugeordnet werden, und sich dabei vielleicht auch mit dem anderen Geschlecht „identifiziert“.⁵ Sollen Eltern bei ihrem kleinen Sohn denken, er sei im „falschen Körper“ geboren, wenn er starke Vorlieben für Tätigkeiten zeigt, die üblicherweise dem anderen Geschlecht zugeordnet werden? Das macht weder anatomisch noch entwicklungspsychologisch Sinn.⁶

Geschlechtsidentität

Die Geschlechtsidentität ist ein psychisches, subjektives Merkmal. Sie meint das innere Wissen, das Empfinden, ein Mädchen oder ein Junge, eine Frau oder ein Mann zu sein. Die meisten Menschen erleben

eine Übereinstimmung zwischen der objektiv-biologischen Realität ihres Körpers und ihrer subjektiv empfundenen Geschlechtsidentität. Personen mit einem weiblichen Körper, mit weiblichen äußeren und inneren Geschlechtsmerkmalen empfinden sich als Mädchen oder Frau und Gleiches gilt analog für Männer.

Geschlechtsdysphorie, Geschlechtsinkongruenz, Transgender

Bei Kindern und Jugendlichen, die sich als „transgender“ oder „geschlechtsdysphorisch“ bezeichnen, ist das anders. Diese Kinder und Jugendlichen haben ein Gefühl der „Nichtübereinstimmung“ zwischen ihrem körperlichen Geschlecht und ihrer empfundenen Geschlechtszugehörigkeit. Ihre subjektive Wahrnehmung, Mädchen oder Junge zu sein, „stimmt nicht überein“ mit der objektiven Realität ihres weiblichen oder männlichen Körpers. Sie fühlen sich in ihrem Körper „fehl am Platz“. Sie suchen Behandlungen auf „wegen eines bestehenden Konflikts infolge fehlender Übereinstimmung von subjektivem Zugehörigkeitsgefühl und der objektiven biologischen Geschlechtszugehörigkeit.“⁷

Bestehen Transgender-Gefühle seit mindestens sechs Monaten und empfinden die Kinder und Jugendlichen dabei erheblichen Distress oder fühlen sich in ihrem sozialen und sonstigen Leben beeinträchtigt, kann die Diagnose „Geschlechtsdysphorie“ gestellt werden.⁸ Seit Januar 2022 gilt in Deutschland und vielen anderen Ländern offiziell der Begriff „Geschlechtsinkongruenz“ (ICD-11), bei dem die Frage nach dem Distress keine Rolle mehr spielt.

Kinder mit Geschlechtsdysphorie sind biologisch gesunde Mädchen oder Jungen

Kinder und Jugendliche, die sich als transgender empfinden oder eine Geschlechtsdysphorie oder Geschlechtsinkongruenz haben, sind biologisch gesunde Mädchen oder Jungen.⁹ Sie haben einen gesunden Körper und ein biologisch eindeutiges, weibliches oder männliches Geschlecht. Ihre Geschlechts-Chromosomen sind weiblich (XX) oder männlich (XY) und auch ihre primären und sekun-

dären Geschlechtsmerkmale sind eindeutig weiblich oder männlich. Ihre körperliche Entwicklung, auch die Pubertätsentwicklung, ist normal, sofern nicht künstlich in die Entwicklungsprozesse eingegriffen wird. Wenn sie eine Behandlung aufsuchen, geht es um einen Konflikt zwischen der objektiven Realität ihres Körpers und ihrem subjektiven Zugehörigkeitsgefühl.

Transgender-Phänomene sind ebenso wie Geschlechtsdysphorien und Geschlechtsinkongruenz sehr heterogen und vielschichtig. Sie können früh im Kindesalter auftreten,¹⁰ kurz vor der Pubertät, in der Pubertät oder erst im Erwachsenenalter. Kinder und Jugendliche, die sich als transgender bezeichnen, lehnen ihren Körper ab. Oft sagen sie, dass sie ihn hassen, insbesondere die Geschlechtsmerkmale ihres Körpers. Sie bestehen darauf, „in Wirklichkeit“ zum anderen Geschlecht zu gehören, oder wollen unbedingt dazu gehören. Ein Junge sagt vielleicht, er will sein männliches Glied „weghaben“. Ein Mädchen mag sagen: „Ich weiß nicht, ob ich ein Junge sein will, aber auf keinen Fall will ich ein Mädchen sein.“ Manchmal empfindet ein Kind zuerst ein tiefes Unbehagen über den eigenen Körper und leidet an einer allgemeinen Selbst- und Identitätsunsicherheit, erst danach formt sich die Überzeugung, es sei „innendrin“ eine Person des anderen Geschlechts. In der Trans-Medizin wird den Kindern und Jugendlichen gewollt oder ungewollt vermittelt, nur ihre Gedankenwelt repräsentiere ihre „wahre Identität“ – auf Kosten ihres Körpers und ihrer Körperlichkeit.

Geschlechtsdysphorien sind weder angeboren noch biologisch festgelegt

Immer wieder hat man versucht, biologische Ursachen für Transgender-Gefühle und Geschlechtsdysphorien zu finden, bisher vergeblich.¹¹ Es gibt kein einziges biologisches Merkmal, weder in den Genen noch im Gehirn noch im Körper noch in den Hormonen, das „Transgender-Personen“ zuverlässig von anderen Personen unterscheiden würde.¹² Es gibt auch keinen objektiven Test – weder Gentest, anderen Labortest, Bluttest, Hormontest oder MRT-Gehirntest –, mit dem man ein „transgender Kind“ von

einem anderen Kind unterscheiden könnte.¹³ Mit anderen Worten: Es gibt keine objektive Diagnose. Aus wissenschaftlicher Sicht sind die transgender Phänomene, auch die offiziellen Diagnosen Geschlechtsdysphorie und Geschlechtsinkongruenz, vage und subjektiv.¹⁴

Die Vorstellung eines Mädchens, sie sei „innendrin“ ein Junge und nur „im falschen Körper geboren“ hat keine sachliche oder wissenschaftliche Grundlage. Dasselbe gilt analog für den Jungen. Die Forscher Lawrence Mayer und Paul McHugh stellen fest: „Die Hypothese, dass bei einigen Menschen die Geschlechtsidentität ein angeborenes, festgelegtes, vom biologischen Geschlecht unabhängiges Merkmal ist, – die Hypothese also, dass ein Mann oder eine Frau im falschen Körper geboren sind –, hat keine wissenschaftliche Grundlage.“¹⁵

Wie bereits dargelegt, sind die Grundlage für biologisches Mädchen- und Jungesein die Geschlechtschromosomen, nicht geschlechtstypische oder untypische Verhaltensweisen. Die objektiv nachweisbaren Geschlechtschromosomen sind bei Kindern mit Transgender-Phänomenen eindeutig weiblich oder männlich. Sie kommen in jeder Körperzelle vor, auch in jeder Gehirnzelle. Sie bleiben dort von der Zeugung bis zum Tod. Niemand kann sie ändern. Beim Jungen wird außerdem schon vorgeburtlich, etwa ab der 8. Schwangerschaftswoche, das männliche Hormon Testosteron produziert. Mit dem Blutkreislauf gelangt es nicht nur in die Beckengegend, wo sich die männlichen Genitalien entwickeln. Es gelangt auch in das Gehirn und beeinflusst die Entwicklung dort mit. Auch wenn es große Überlappungen bei den Vorlieben und bevorzugten Verhaltensweisen von Mädchen und Jungen gibt: Jungen haben ein Jungengehirn, Mädchen haben ein Mädchengehirn. Es gibt keinen Beweis dafür, dass einige Kinder mit einem „transgender Gehirn“ auf die Welt kommen. Die wenigen Studienergebnisse bei Erwachsenen, in denen man versucht hat, Unterschiede in den Gehirnstrukturen zwischen „transgender-Personen“ und anderen Personen zu finden, sind widersprüchlich, nicht einheitlich und auch nicht beweiskräftig.¹⁶

Ein grundlegendes Problem dieser Forschung ist die Neuroplastizität des menschlichen Gehirns. Neuroplastizität bedeutet, dass es im Gehirn einen lebenslangen Abbau und Aufbau von Zellen, Verknüpfungen und Strukturen gibt und zwar in Abhängigkeit von den jeweiligen Denk- und Verhaltensgewohnheiten eines Menschen. Wenn eine Person eine neue Sprache lernt oder neue Beziehungserfahrungen macht, ändern sich bestimmte Bereiche ihres Gehirns. Süchtiges Verhalten verändert die Mikrostrukturen im Gehirn. Berufsgeiger haben ein anderes Gehirn als Menschen, die nie eine Geige spielten. Kinder mit ungelösten Traumata haben ein anderes Gehirn als Kinder, die keine Traumata erlitten. Unterschiede in den Gehirnmikrostrukturen, die man möglicherweise bei geschlechtsdysphorischen Erwachsenen im Vergleich mit anderen Erwachsenen findet, sind mit großer Wahrscheinlichkeit das Ergebnis – nicht die Ursache – eines intensiven Beschäftigtseins mit bestimmten körperorientierten Themen. Für die Annahme, dass einige Kinder mit einer Transgender-Identität geboren wären, gibt es keinen Anhaltspunkt.

II. Trans-affirmative Therapien und die Illusion eines Geschlechtswechsels

Die Transition zum „Wunschgeschlecht“

Als Standardverfahren für Kinder und Jugendliche, die einen Konflikt empfinden zwischen ihrem objektiven, biologischen Geschlecht und ihrer subjektiv empfundenen Geschlechtszugehörigkeit gilt häufig immer noch die „trans-affirmative Therapie“, die „Transition zum Wunschgeschlecht“. Sie soll den Kindern ein „Leben im Wunschgeschlecht“¹⁷, ermöglichen. Doch was bedeutet das, wenn eine echte Änderung des biologischen Geschlechts gar nicht möglich ist? Und was ist der Preis, den die Kinder zahlen?

Zur Transition gehört die soziale und medizinische Transition. Beide sind fast untrennbar miteinander verwoben.

Medizinische Transition

Pubertätsblocker

Die medizinische Transition beginnt mit Pubertätsblockern. Pubertätsblocker sind hormonähnliche Substanzen, die, wie der Name sagt, den Eintritt in die Pubertät blockieren. Oft werden sie gegeben, wenn ein Kind 10-12 Jahre alt ist, manchmal schon früher.¹⁸

Die Pubertät ist eine entscheidende Wachstums- und Entwicklungsphase auf dem Weg zum Erwachsenwerden. In dieser Zeit finden große Veränderungen im Körper, im Gehirn und in der Psyche des Kindes statt. Pubertätsblocker greifen in sämtliche dieser vitalen Wachstumsprozesse störend ein.

Unter Pubertätsblockern bleibt der normale Wachstumsschub aus, die Kinder bleiben klein und kindlich. Eizellen und Spermazellen können sich nicht entwickeln, sie können nicht reifen. Das Kind bleibt unfruchtbar.

In der Pubertät kommt es auch zu einer erheblichen Zunahme der Knochendichte und Knochenstärke. Unter Pubertätsblockern bleibt diese Entwicklung aus. Relativ zum Alter nimmt die Knochendichte kontinuierlich ab, was ein deutliches Risiko für eine Osteoporose und für Knochenbrüche ist.¹⁹ Die New York Times berichtete kürzlich über ein Mädchen, bei dem nach zwei Jahren Pubertätsblockern die Knochendichte im Osteoporosebereich lag – zum Schrecken ihrer Mutter.²⁰ Der Oxforder Soziologieprofessor Michael Biggs berichtet von einem Kind, das mit zwölf Jahren Pubertätsblocker bekam und mit 16 Jahren bereits vier Knochenbrüche hinter sich hatte.²¹ Einzelfälle? Das „Dünnerwerden der Knochen“ ist eine bekannte Nebenwirkung, die der Hersteller des häufigsten Pubertätsblockers Lupron angibt.²²

Für die Annahme, dass einige Kinder mit einer Transgender-Identität geboren wären, gibt es keinen wissenschaftlichen Anhaltspunkt.

Normalerweise ändert sich in der Pubertät beim Mädchen unter dem Einfluss der Östrogene die Konfiguration des knöchernen Beckens. Der Beckeninnenraum wird weiter und größer. Die gesamte Konfiguration verändert sich, damit das Becken als Geburtskanal dienen kann. Unter Pubertätsblockern bleibt diese Entwicklung aus. Das Becken bleibt kindlich und eng. Entscheidet sich eine junge Frau später, wieder in ihrem natürlichen Geschlecht zu leben, und wird schwanger, ist ihr Becken möglicherweise zu eng, um ein Baby passieren zu lassen. Eine natürliche Geburt ist dann unmöglich. Es kann auch sein, dass das Baby während der Geburtsphase im Becken

Es hat sich gezeigt, dass Pubertätsblocker in der Realität kein „Pausenknopf“ sind, sondern ein weiterer „Startknopf“ für den Fortgang der medizinischen Transition

steckenbleibt, was erhebliche gesundheitliche Risiken für Mutter und Baby birgt. Befürworter von Pubertätsblockern sagen, dass sich das Becken noch weiten könne, wenn eine junge Frau mit 17 oder 18 Jahren die Pubertätsblocker absetzt. Dafür gibt es aber keine Beweise und es ist auch unwahrscheinlich.²³

In der Pubertät kommt es auch zu erheblichen Umbauprozessen im Gehirn. Bestehende Strukturen,

Verbindungen und Netzwerke werden abgebaut, neue werden aufgebaut. Das Vorderhirn (präfrontaler Kortex), mit dem die langfristigen Auswirkungen einer Entscheidung realistisch eingeschätzt werden können, ist erst mit etwa 25 Jahren ganz ausgereift. Vorläufige Studienergebnisse weisen darauf hin, dass Pubertätsblocker in diese notwendigen Entwicklungen negativ eingreifen können. Pubertätsblocker können die Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigen, zu einem Abfall des Intelligenzquotienten führen²⁴ und zu Depressionen.²⁵ Laut einem Tierversuch kann auch das räumliche Gedächtnis beeinträchtigt sein.²⁶

Im Jahr 2019 verschaffte sich Michael Biggs Zugang zu unveröffentlichten Daten aus der Tavistock Gender Clinic in London. Sie zeigen, dass ein Jahr nach Beginn der Behandlung mit Pubertätsblockern die Kinder eine signifikante Zunahme ihres selbstschädigenden Verhaltens und ihrer Suizidalität hatten. Die Mädchen hatten außerdem eine signifikante Zunahme ihrer internalisierten Probleme (Ängste, Depressionen). Zudem hatte ihr Unglücklichsein über ihren Körper, also ihre Geschlechtsdysphorie, zugenommen. Michael Biggs fragt: Warum hat die Tavistock Clinic diese Ergebnisse nie veröffentlicht?²⁷

Befürworter von Pubertätsblockern sagen, dass ein geschlechtsdysphorisches Kind mit den Herausforderungen einer normalen Pubertätsentwicklung überfordert ist. Pubertätsblocker seien nur ein „Pausenknopf“ und würden den Kindern Zeit geben zu überlegen, ob sie die Transition fortsetzen möchten. Außerdem wird gesagt, die Auswirkungen von Pubertätsblockern seien rückgängig zu machen, wenn sich jemand entscheidet, wieder in seinem biologischen Geschlecht zu leben. Dafür gibt es aber keine Beweise.²⁸ Kann der Verlust der Knochendichte nachgeholt werden? Ist die Gehirnentwicklung wirklich nachzuholen? Kann sich das weibliche Becken mit 18 Jahren noch ausreichend weiten? Das alles wissen wir nicht und ein vollständiges Nachholen ist unwahrscheinlich.²⁹ Außerdem kann es nach Absetzen der Pubertätsblocker noch ein ganzes Jahr oder länger dauern, bis die Produktion der körpereigenen Sexualhormone wieder normal läuft. Es kann auch sein, dass sie nie wieder richtig in Gang kommt.³⁰

Es gibt noch einen anderen Grund, warum immer mehr Fachgesellschaften vor Pubertätsblockern warnen. Es hat sich gezeigt, dass Pubertätsblocker in der Realität kein „Pausenknopf“ sind, sondern ein weiterer „Startknopf“ für den Fortgang der medizinischen Transition.

*Pubertätsblocker und der rasante Anstieg der Persisters*³¹

Wenn geschlechtsdysphorische Kinder ihre Pubertät normal durchlaufen dürfen, verlieren die meisten von ihnen (61%-98%) ihre Geschlechtsinkongruenz

im Verlauf ihrer Entwicklung von selbst. Wenn sie Pubertätsblocker bekommen, ändert sich das dramatisch. Fast alle Kinder entscheiden sich dann, mit gegengeschlechtlichen Hormonen weiterzumachen und in den meisten Fällen auch mit den chirurgischen Eingriffen. Das Amsterdamer Zentrum, das die trans-affirmative Therapie entwickelte³², veröffentlichte 2011 eine Langzeitstudie mit 70 Kindern, die alle Pubertätsblocker bekamen.³³ Zu Beginn der Behandlung waren die Kinder zwischen 11 und 17 Jahren alt. Sämtliche Kinder (100%) entschieden sich, mit gegengeschlechtlichen Hormonen weiterzumachen. Kein einziges Kind mit Pubertätsblockern entschied sich, wieder in seinem natürlichen Geschlecht zu leben. Kein einziges Kind wählte einen Weg, auf dem es sich potentiell hätte mit seinem Körper versöhnen können. Die Folgestudie zeigt, dass sich die Mehrheit der Kinder auch für die geschlechtsangleichenden Operationen entschied.³⁴ Damit entschieden sie sich für eine irreversible Infertilität und lebenslange Abhängigkeit von Hormonen, letztlich auch für die Überzeugung, dass die innere Zerrissenheit zwischen der biologischen Realität des Körpers und dem Gefühl, im eigenen Körper nicht zu Hause zu sein, niemals heilen kann.

Da bei natürlichem Verlauf die große Mehrheit der Kinder ihre Geschlechtsdysphorie von selbst verliert, brauchen wohl auch geschlechtsdysphorische Kinder die Erfahrung einer normalen Pubertät. Sie brauchen die Pubertät mit all ihren körperlichen, hormonellen, seelischen und mentalen Herausforderungen, um wenigstens eine Chance zu haben, zu ihrem Körper ja sagen zu können. Ängste, Depressionen, Suizidalität müssen dabei sehr ernst genommen werden. Sie sollten Anlass für eine psychotherapeutische Begleitung sein, nicht für eine Transition.³⁵

Geschlechtsangleichende Hormone

Zur trans-affirmativen Therapie gehört die Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen. Sie werden geschlechtsangleichende Hormone genannt, weil sie dem Teenager eine „Angleichung an das Wunschgeschlecht“ verschaffen sollen. Allerdings kann aus einem biologischen Mädchen kein biologischer Junge werden (und umgekehrt), da die

Geschlechtschromosomen nicht veränderbar sind.

Ab dem Alter von 15-16 Jahren, manchmal schon früher,³⁶ erhalten die Mädchen Testosteron, die Jungen Östrogen. Bei Mädchen wird ein Testosteronspiegel im Blut angestrebt, der 6-100-fach höher ist als der für Mädchen normale, physiologische Testosteronspiegel. Selbst wenn junge Frauen eines Tages den Weg der Transition wieder verlassen, werden sie oft die durch das Testosteron verursachte tiefe Stimme nicht mehr los. Da Testosteron die Scheidenschleimhaut verändert, leiden die Frauen auch an sexuellen Funktionsstörungen.³⁷ Zu den allgemeinen Nebenwirkungen der gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung gehören: Thromboembolien, Herz-Kreislauferkrankungen, Bluthochdruck, möglicherweise Hirndurchblutungsstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, Depressionen, Anstieg der Leberwerte, möglicherweise erhöhtes Krebsrisiko. Hinzu kommt die Infertilität, die auch ohne operative Eingriffe oft irreversibel ist.³⁸

Geschlechtsangleichende Operationen

Ab dem Alter von 18 Jahren sind geschlechtsangleichende Operationen auch in Deutschland erlaubt.³⁹ In den USA wurden schon bei 13-14-jährigen geschlechtsdysphorischen Mädchen die Brüste entfernt.⁴⁰ Daneben geht es bei Mädchen um die Entfernung von Eierstöcken und Gebärmutter. Beim Jungen werden Penis und Hoden entfernt und eine Vaginoplastik durchgeführt. Sämtliche dieser Eingriffe werden an gesunden Organen vorgenommen. Nach den entsprechenden Operationen ist die Infertilität immer irreversibel und führt dazu, dass die Betroffenen lebenslang von schweren Hormonbehandlungen abhängig sind.

Die in der Trans-Medizin international arbeitende Organisation WPATH⁴¹ hat in ihren neuen Richtlinien (September 2022) jegliche untere Altersgrenze für die Anwendung von Pubertätsblockern, Hormonen und chirurgischen Eingriffen gestrichen.⁴²

Transitionen können die psychischen Probleme nicht lindern

Immer wieder wird behauptet, Hormonbehandlungen

gen und chirurgische Maßnahmen könnten die Depressionen, Ängste, Suizidalität, bipolaren Störungen und anderen psychischen Probleme, unter denen so viele geschlechtsdysphorische Personen leiden, lindern. Dafür gibt es bisher aber keine Beweise. Im Gegenteil. Eine neue repräsentative Studie aus Schweden, dem Land mit der weltweit umfangreichsten Datenbank, zeigt: Weder durch die Hormonbehandlungen noch durch die Operationen kann die hohe Rate an Depressionen, Angststörungen und Suizidversuchen bei geschlechtsdysphorischen Personen gesenkt werden.⁴³

Schon 2011 veröffentlichte das Stockholmer Karolinska Institut eine umfangreiche, bevölkerungsbasierte Studie zur Frage, ob es transsexuellen Personen nach den geschlechtsangleichenden Operationen besser geht. Bis heute gilt die Studie als methodisch außer-

ordentlich sorgfältig und genau. Das Ergebnis: Zehn Jahre nach den Operationen hatten die operierten transsexuellen Personen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine fast 20-fach höhere Rate an vollzogenen Suiziden. Ab dem zehnten Jahr nach den Operationen stieg die Suizidrate rasant an.⁴⁴

Die Studien zeigen, dass weder Hormonbehandlungen noch Operatio-

nen eine echte Linderung der psychischen Probleme bringen. In liberalen Gesellschaften ist es selbstverständlich, dass Erwachsene den Weg der Transition wählen können. Vielleicht sehen sie es für sich als einzigen Weg und das ist zu respektieren. Aber Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren? Können sie mit 12 oder 14 Jahren, wenn sie Pubertätsblocker bekommen, übersehen, auf welchen Weg man sie schickt? Minderjährige haben weder die psychische noch die mentale Reife, um die langfristigen, irreversiblen Folgen einer Transition abschätzen zu können.

**Der Psychotherapeut
Kenneth Zucker be-
merkt, dass die soziale
Transition die Krank-
heit erst erschafft, die
später mit geschlechts-
angleichenden Hormo-
nen und Operationen
behandelt werden soll.**

Soziale Transition

Der erste Startknopf auf dem Weg der Transition, noch vor der Behandlung mit Pubertätsblockern, ist die „soziale Transition“. Sie bedeutet, dass ein Kind jeden Tag in der „Rolle des Wunschgeschlechts“ lebt. Mädchen werden als Jungen behandelt und umgekehrt. Mädchen werden nur noch mit männlichem Vornamen angesprochen, zuhause, in der Schule, von allen. Es werden nur noch männliche Pronomen für sie verwendet (er, ihm). Kleidung und Haarschnitt sollen männlich wirken. Dasselbe gilt analog für die Jungen. Ihre Kleidung und Haarschnitt sollen möglichst weiblich wirken.

In einer neuen Langzeitstudie (2022) wurden 317 Kinder, die in der „Rolle des Wunschgeschlechts“ lebten, über fünf Jahre begleitet. Die Kinder waren zwischen drei und zwölf Jahren alt, als ihre soziale Transition startete, wie beschrieben, mit „Veränderung der Pronomen, der Vornamen, des Haarschnitts und der Kleidung“⁴⁵. Ob die Kinder Distress empfanden bei der „Nicht-Übereinstimmung“ zwischen ihrem biologischen Körper und ihrem Wunschgeschlecht, ob sie also eine Geschlechtsdysphorie hatten, wurde nicht erfragt. Die Eltern und wohl auch die Forscher der Studie sahen das Distress-Kriterium als unwichtig oder „nicht nützlich“ an. Die Kinder wurden auf den Weg der Transition geschickt, weil sie „deutliche Anzeichen für eine gegengeschlechtliche Identifikation und gegengeschlechtliche Vorlieben zeigten.“⁴⁶ Mit anderen Worten: Die Kinder zeigten Vorlieben für Aktivitäten, Spiele oder Kleidung, die stereotyp dem anderen Geschlecht zugeordnet werden, oder sie waren überzeugt, dem anderen Geschlecht anzugehören. Wie anfangs dargestellt, sind Vorlieben für Aktivitäten und Spiele, die typischerweise dem anderen Geschlecht zugeordnet werden, keine Grundlage für Jungesein oder Mädchensein. Wer sie als Grundlage nimmt, verstärkt lediglich Stereotypen. Die Forscher Laurence Mayer und Paul McHugh bemerken: „Es gibt keine wissenschaftliche Grundlage für die Auffassung, dass Spielen mit typischen Jungenspielen ein Kind schon als Jungen definiert oder Spielen mit typischen Mädchenspielen ein Kind als Mädchen definiert.“⁴⁷

Am Ende der Studie, nach fünf Jahren, identifizierten sich nur 2,5% der Kinder mit ihrem biologischen Geschlecht. 94% der Kinder bezeichneten sich als „transgender“.⁴⁸ Die meisten von ihnen erhielten dann Pubertätsblocker und gegengeschlechtliche Hormone. Die Forscher der Studie sind der Auffassung, dass ein Kind schon früh wisse, dass es transgender sei und deshalb auch transgender bleibe. Ihr Studienergebnis mit den nur wenigen Detransitioners (2,5%) sehen sie als Bestätigung ihrer Annahme. Im Grunde zeigt die Studie aber nur, dass die soziale Transition keine harmlose Sache ist, sondern ein aktiver Eingriff in die mentale und psychische Entwicklung eines noch unreifen Kindes. So hat es auch der britische Cass-Report formuliert: „Die soziale Transition sollte als aktive Intervention angesehen werden, denn sie kann erhebliche Auswirkungen auf das psychische Funktionieren eines Kindes oder einer jungen Person haben... sie ist keine neutrale Handlung.“⁴⁹ Die irrierte Vorstellung des Kindes, es würde „wirklich“ zum anderen Geschlecht gehören, wird tagtäglich durch das Verhalten der Eltern und anderer wichtiger Bezugspersonen verstärkt. Das hat Auswirkungen bis hin zu den neuronalen Verschaltungen im kindlichen Gehirn. Der kanadische Psychotherapeut Kenneth Zucker bemerkt, dass die soziale Transition die Krankheit erst erschafft, die später mit geschlechtsangleichenden Hormonen und Operationen behandelt werden soll. Es dürfe dann „niemand erstaunt sein, dass [mit sozialer Transition] die Zahl der Jugendlichen, die ihre Geschlechtsdysphorie beibehalten, immer größer wird.“⁵⁰

III. Geschlechtsdysphorien bei Kindern und Jugendlichen – Mögliche Einflussfaktoren

Nicht nur aus biologischer Sicht ist die Pubertät die Entwicklungsphase, die es dem Einzelnen ermöglicht, sein Potential zur Fruchtbarkeit zu entwickeln. Sie ermöglicht es jungen Menschen, in Verbundenheit mit den vorausgegangenen Generationen und ebenso den kommenden Generationen zu leben. Die Transition durchschneidet dieses Band. Das Ergebnis ist Isolation und wird für den Einzelnen wohl auch nur zu größerer Einsamkeit führen.

Da eine Geschlechtsdysphorie nicht angeboren ist⁵¹, stellt sich die Frage, welche nachgeburtlichen Einflussfaktoren bei dem Entstehen einer Transgender-Identifikation möglicherweise eine Rolle spielen. Es versteht sich von selbst, dass nicht alle möglichen Einflussfaktoren bekannt sind. Immer geht es um ein komplexes Zusammenspiel vieler Faktoren. Auch die konstitutionelle Vulnerabilität des Kindes spielt eine Rolle und ebenso, wie ein Kind nachgeburtliche soziale und familiäre Faktoren individuell deutet und verarbeitet.

Psychiatrische Vorerkrankungen

Eine Studie mit Daten aus vier Gender-Zentren in vier europäischen Ländern zeigt, dass 70% der Erwachsenen, die sich wegen einer Geschlechtsdysphorie vorstellten, eine psychiatrische Erkrankung hatten oder früher gehabt hatten, meist Angststörungen und Depressionen.⁵² Auch bei Kindern und Jugendlichen sind die Zahlen sehr hoch.⁵³ Erst neuere Studien sind aber der Frage nachgegangen, was zuerst kommt, die psychiatrische Erkrankung oder die Transgender-Identifikation. Was ist in vielen Fällen die Grunderkrankung und was folgt später?

Eine repräsentative Studie aus Finnland (2015) zeigt: 75% der Jugendlichen, die sich zum ersten Mal wegen einer Geschlechtsdysphorie vorstellten, hatten eine psychiatrische Erkrankung oder hatten diese früher gehabt. In 68% der Fälle war die erste Erkrankung eine Depression, Angststörung, Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten und andere psychische Probleme, die Transgender-Identifikation entwickelte sich erst später. Die Forscher schreiben: „Schwere psychische Erkrankungen, die der Entwicklung einer Geschlechtsdysphorie vorausgingen, waren häufig. (...) Die psychischen Erkrankungen waren schwer und nur selten konnte man in Betracht ziehen, dass es Sekundär-Erkrankungen zur Geschlechtsdysphorie sein könnten.“⁵⁴

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine umfangreiche Studie aus den USA (2018): Die Mehrzahl der Kinder, die sich als transgender bezeichneten, hatte eine psychiatrische Vorerkrankung. 75% der Mädchen und

71% der Jungen mit Geschlechtsinkongruenz (Alter 10-17 Jahre) hatten eine psychiatrische Erkrankung oder neurobiologische Entwicklungsstörung (Autismus, ADHS) bevor sie eine Geschlechtsinkongruenz entwickelten. In der Kontrollgruppe, also bei den Kindern, die keine Geschlechtsinkongruenz entwickelten, hatten nur 4% der Mädchen und 3% der Jungen eine Vorgeschichte mit psychiatrischen Erkrankungen.⁵⁵

Diese Ergebnisse sind bedeutsam. Sie zeigen, dass die Behauptung, Kinder würden nur deshalb depressiv und suizidal, weil die Eltern ihren Transitionswünschen nicht nachgeben möchten, keine sachliche Grundlage hat. Immer wieder wurden Eltern mit solchen Aussagen unter immensen Druck gesetzt. In Wirklichkeit führen sie vor allem zu einer Verschärfung des Konflikts zwischen Eltern und Kind, helfen aber niemandem. Detransitioners wie etwa Chloe Cole berichten, dass ihren Eltern gesagt wurde, ihr Kind könne Suizid begehen, wenn sie der Transition nicht zustimmen. Heute bereut Chloe die Transition. Sie sagt, dass sie keine Transition gebraucht hätte, sondern eine gute psychotherapeutische Unterstützung. Sie werde lebenslang an den irreversiblen Folgen ihrer Transition leiden. Ihre Therapeuten hätten ihr nicht geholfen, sich in ihrem Körper wohlfühlen, genau das hätte sie aber gebraucht.⁵⁶

Suizidalität muss immer sehr ernst genommen werden. In den meisten Fällen ist hier die Grunderkrankung eine Depression. Depressionen wiederum können in engem Zusammenhang mit erlittenen Traumata, auch mit frühen Bindungstraumata, stehen. Depressionen werden psychotherapeutisch behandelt, nicht mit gegengeschlechtlichen Hormonen und auch nicht mit dem Messer.

Für einige Kinder mit psychiatrischen Grunderkrankungen kann eine Transgender-Identifikation ein Abwehrmechanismus gegen ihre psychischen Schmerzen sein, ein fehlgeleiteter (maladaptiver) Coping-Mechanismus⁵⁷ gegen das Gefühl, mit zahlreichen Problemen im Alltag überfordert zu sein: Wenn ich jemand ganz anderes bin, wenn ich ein Junge statt ein Mädchen bin (oder umgekehrt), müsste es mir doch besser gehen.

Autismus, ADHS

In der finnischen Studie hatten 26% der Jugendlichen eine Vorerkrankung im Autismus-Spektrum. In einer neuen australischen Studie (2021) waren es 14%. In der Tavistock Gender Clinic waren es 35%.⁵⁸ In der Allgemeinbevölkerung dagegen sind nur etwa 0,6-1% von Autismus betroffen. Warum entwickeln Kinder mit Autismus so häufig noch eine Geschlechtsdysphorie? Der Psychotherapeut Kenneth Zucker schreibt:⁵⁹ Kinder mit Autismus sind oft obsessiv mit einem Thema beschäftigt. Sie neigen zu Rigidität im Denken und können sich schnell an einem Thema festbeißen. Dabei kann es um sehr unterschiedliche Themen gehen, aber auch um Transgender-Themen (Körper, Kleidung, Vorlieben, Abneigungen). „Ich mag diese und jene Jungensachen nicht, also muss ich ein Mädchen sein.“ Ein Problem ist: Versucht man, sie von ihrer Obsession abzubringen, können sie mit intensiven Ängsten reagieren. Außerdem fühlen sich Kinder mit Autismus oft ausgegrenzt, fühlen sich als „anders“ als die anderen. Möglicherweise denken sie, mit der Diagnose Geschlechtsdysphorie einen Grund für ihre Gefühle gefunden zu haben: Meine Probleme können mit Geschlechtsdysphorie erklärt werden. Wenn ich das Geschlecht wechsle, wird es mir gut gehen. – Eine Transition ist aber keine Lösung.

Trauma

Entwicklungsnachteilige Kindheitserfahrungen und chronisch-traumatische Familiendynamiken

Eine umfangreiche Befragung von mehr als 80.000 Mädchen und Jungen in der 9.-11. Schulklasse ergab, dass Kinder und Jugendliche, die sich als transgender bezeichnen, sehr viel häufiger als andere Kinder „Adverse Childhood Experiences“ erlebt haben.⁶⁰ Der Fachbegriff „Adverse Childhood Experiences“ oder „ACEs“ kann mit „entwicklungsnachteilige Kindheitserfahrungen“ übersetzt werden. Er umfasst verschiedene Formen traumatischer Erfahrungen, die die Entwicklung von Kindern beeinträchtigen können: sexuelle Übergriffe innerhalb oder außerhalb der Familie, Erleben von körperlicher Gewalt, emotionaler Missbrauch (Hänseln, ständiges Klein gemacht-Werden, Mobbing), unterschiedliche For-

men von Vernachlässigung. Zu den ACEs gehören insbesondere auch chronisch-problematische Familiendynamiken, die für viele Kinder traumatisierend sind: Alkohol- oder Drogenprobleme in der Familie, andere Suchtprobleme in der Familie, Gewalt in der Familie, Gewalt zwischen den Eltern, Verlust eines Elternteils durch Trennung oder Tod, psychische Erkrankung von Mutter oder Vater, ständige finanzielle Sorgen.

In der genannten Studie waren die Kinder, die sich als transgener bezeichneten, nicht nur sehr viel häufiger ACEs ausgesetzt, sondern vor allem sehr viel häufiger einer Ballung verschiedener Formen von ACEs, einem „Cluster“ von ACEs, ausgesetzt. Solche „Polyviktimsierung“ war bei Kindern, die sich als transgener bezeichneten, sehr viel öfter vorhanden als bei anderen Kindern. Wurden die Kinder traumatisiert, weil sie Anzeichen von Transgender-Verhalten zeigten? Die Forscher gingen dieser Frage nach und kommen zu dem Ergebnis, dass im Allgemeinen das Transgender-Verhalten der Kinder nicht der Grund für die Traumatisierungen sein konnte.⁶¹ In den meisten Fällen ist es wohl doch anders herum: ACEs und andere Traumatisierungen gehören zu den Faktoren, die vulnerable Kinder dazu führen können, sich selbst und ihren Körper zu hassen und abzulehnen. Erfahrene Gewalt kann sich in Selbstablehnung und Selbsthass niederschlagen.

Traumatisierungen, insbesondere, wenn sie chronisch sind, können zu einer sehr tiefgehenden allgemeinen Selbst- und Identitätsunsicherheit führen: Ich weiß nicht, wer ich bin. Ich weiß nur, dass es mir schlecht geht. Vielleicht bin ich transgener. Wenn ich jemand ganz anderes wäre, würde ich mehr Liebe und Anerkennung finden. Dann könnte ich endlich all das Schwere in meinem Leben hinter mir lassen. Ich hasse mein Leben.

Eine neue australische Studie (2021) mit 8-15-jährigen Kindern mit Geschlechtsdysphorie zeigt sehr Ähnliches.⁶² Zunächst auch hier: Die Mehrheit der Kinder litt an psychiatrischen Erkrankungen. Nur 11% hatten weder eine psychiatrische Erkrankung noch ADHS. Was die ACEs betrifft: 97,5% der Kinder

hatten mindestens eine Form von ACEs erlebt. Im Durchschnitt hatten die Kinder eine Ballung von fünf verschiedenen ACE-Formen erlitten. In den meisten Fällen fanden die traumatischen Erfahrungen innerhalb der Familie statt: Chronische Familienkonflikte, Verlust eines Eltern- oder Großelternteils durch Tod oder Trennung der Eltern, psychische Erkrankungen von Mutter oder Vater, Gewalt zwischen den Eltern, sexuelle oder körperliche Übergriffe, Mobbing, emotionale Vernachlässigung, emotionaler Missbrauch oder ständige finanzielle Sorgen. Die traumatischen Erfahrungen zeigten „eine lange Geschichte von chronischem Stress in den Beziehungen in der Familie und das chronische Fehlen einer Familienumgebung, die entspannt und fürsorglich wäre.“⁶³

Traumatisierungen führen zu Gefühlen von Machtlosigkeit, Hilflosigkeit; zum Gefühl ständiger Überforderung; zu Scham, auch über den eigenen Körper; zu Ängsten bis hin zu Panikattacken und zu grundlegenden Schwierigkeiten, Emotionen zu regulieren. Ähnlich wie bei Kindern mit psychiatrischen Vorerkrankungen können auch traumatisierte Kinder möglicherweise eine Transgender-Identifikation wählen als einen Abwehrmechanismus gegen ihr psychisches Leid. Zu bedenken ist, dass Traumatisierungen oft selbst Ursache von Ängsten, Depressionen und Suizidalität sind, sodass es zu einer Verquickung verschiedener Probleme kommen kann.

Frühes Bindungstrauma

Die meisten Traumata in der Kindheit haben mit dem Verlust von Bindung zu tun. Eine besondere Form sind die frühen Bindungstraumata. Auch sie können ein Faktor für eine spätere Transgender-Identifikation sein. Der führende Hirnforscher, Psychiater und Bindungsexperte Allan Schore äußert: „Das Unvermögen eines Kindes, sein Geschlecht anzunehmen, hat seine Wurzel aus unserer Sicht in der Beziehungsdynamik zwischen Mutter und Baby.“⁶⁴

In den ersten zwei Lebensjahren ist die sichere Bindung eines Kindes an seine primäre Bindungsperson, meist die Mutter, von großer Bedeutung für die Entwicklung der Selbstidentität des Kindes. Bindung entsteht durch eine „eingestimmte“ emotionale Kom-

munikation zwischen Mutter und Baby. Es braucht ausreichend „bio-psychische“ Synchronisation in der Beziehungsdynamik zwischen Mutter und Kind. Sämtliche frühen Bindungserfahrungen – gute und ungute – beeinflussen die Entwicklung des jungen Gehirns unmittelbar.⁶⁵

Bei einem frühen Bindungstrauma fehlt die notwendige emotionale „Einstimmung“ zwischen Mutter und Baby in einem so hohen Maß, dass das Gehirn des Kindes chronisch mit Stress überflutet wird. Dieser Stress ist buchstäblich unerträglich für das Kind. Die Bindungsperson ist nicht mehr Quelle von Sicherheit und Leben, sondern wird als Quelle von tödlicher Angst und Gefühlen von tödlichem Alleingelassensein empfunden. Das Stress-Coping-System des Kindes ist heillos überfordert. Sein Gehirn geht in den Überlebensmodus, in dem es aber nur bedingt lern- und entwicklungsfähig ist. Der überflutende Stress greift insbesondere negativ in die Entwicklung

des rechten Gehirns ein, welches zentral für die Entstehung der Selbstidentität ist. Allan Schore schreibt: Traumatische Bindungserfahrungen beeinflussen die frühe Organisation des rechten Gehirns negativ. Dadurch kommt es zu Defiziten in der Entwicklung von emotionalem Verstehen, zu Defiziten in

der Identifizierung eines eigenen Körperbildes und zu Defiziten in der Entstehung von Selbstwahrnehmung.⁶⁶

Kinder, die in der frühen Entwicklungszeit kein ausreichendes Selbst- und Körperbild entwickeln konnten, können möglicherweise auch aus dieser tiefen Selbstunsicherheit heraus eine Transgender-Identifikation entwickeln. „Vielleicht bin ich transgender, dann habe ich wenigstens eine Identität. Sonst habe ich gar keine, denn ich weiß nicht, wer ich bin. Ich weiß nur, dass ich mich zutiefst unwohl fühle. Darf es mich überhaupt geben? Darf ich überhaupt da sein? Wenn ich nicht da sein darf, muss ich jemand ande-

res sein, um leben zu können. Ich habe einen Selbstvernichtungszwang. Um angenommen zu werden, muss ich jemand anderes sein. Ich bin kein Mädchen, ich bin ein Junge. Ich suche mir Wege in eine andere Identität.“⁶⁷ Wie schon erwähnt, können Bindungstraumata eine wesentliche Rolle für das Entstehen von Angststörungen und Depressionen spielen. Außerdem sind sie ein Risikofaktor für die Entwicklung einer dissoziativen Störung.⁶⁸

Bindungstraumata bedeuten nicht, dass die Eltern ihr Kind nicht lieben. Mögliche Gründe sind: Transgenerationale Weitergabe von Bindungstraumata; die Mutter ist selbst traumatisiert und kann sich nicht ausreichend auf das Kind einstimmen; Depressionen oder andere psychische Erkrankungen bei Mutter oder Vater; überfordernder chronischer Stress bei den Eltern. Von der Seite des Kindes sind mögliche Gründe: sensible Natur; „schwieriges Temperament“; konstitutionell bedingte hohe Vulnerabilität; geringe Stresstoleranz oder sie wurden vorgeburtlich schon mit Stress überflutet. In manchen Fällen gibt es keine offensichtlichen Gründe.

Eine Studie aus Italien mit 95 Erwachsenen mit Geschlechtsdysphorie zeigt: 56% hatten mindestens vier verschiedene Formen von frühem Bindungstrauma erlebt, meist in der Beziehung zu beiden Eltern. Nur 10% hatten kein frühes Beziehungstrauma erlebt. Verglichen mit der Kontrollgruppe hatten „die geschlechtsdysphorischen Erwachsenen eine signifikant höhere Rate an desorganisierten Bindungserfahrungen und Polyviktimisierung“ in ihrer Kindheit erlebt. Mit Bezug auf weitere Forschung sind die Forscher der Auffassung, dass es einen Zusammenhang zwischen frühem Bindungstrauma und der Entwicklung einer Geschlechtsdysphorie gibt und dass dieser Zusammenhang kausal sein kann. Geschlechtsdysphorie kann eine „extreme Form eines dissoziativen Abwehrmechanismus“ gegen das Spüren eines Bindungstraumas sein.⁶⁹

Internet und soziale Ansteckung

In der Zeitschrift *The Times* kommentierte der homosexuell lebende britische Journalist Matthew Par-

Auch Bindungstraumata in der frühen Kindheit können ein Faktor für eine spätere Transgender-Identifikation sein.

ris die wachsende Zahl junger Menschen, die eine nicht-heterosexuelle oder transgener Identität annehmen, so: „Durch sozialen Druck, durch Druck in der Schulklasse, Druck der Medien und ja, durch Modetrends, formen wir weichen Ton. Wir entdecken nicht ein großes Bruchstück von innerem Granit, mit dem die Kinder geboren wären. Je jünger ein Mensch, desto weicher der Ton.“⁷⁰

Die französische Nationale Akademie für Medizin mahnte Eltern kürzlich zur Wachsamkeit. Die „exzessive Nutzung von Social Media“ könne bei verunsicherten Jugendlichen „Suchtcharakter“ annehmen und der sei zum großen Teil verantwortlich für die rapide Zunahme von Geschlechtsinkongruenzen bei jungen Menschen.⁷¹

Die Professoren Bernd Ahrbeck und Marion Felder schreiben in ihrem aktuellen Buch (2022): „Wenn Kinder in Probleme geraten, in welcher Form auch immer, können sie in Foren, Chats und auf Informationsportalen nach Lösungen suchen. Transgender-Gruppen sind im Netz überaus präsent. (...) Die Wirkung, die von ihnen ausgeht, ist ganz erheblich. Zumal dann, wenn sie offen für die Transidee werben.“⁷²

Alle diese Beobachtungen werden durch eine aktuelle Studie der Medizinforscherin Lisa Littman untermauert. Lisa Littman befragte Eltern, deren adoleszente Kinder scheinbar „plötzlich“ und ohne Vorboten erklärten, dass sie transgender seien.⁷³ Die 256 Jugendlichen waren fast alles Mädchen und zu dem Zeitpunkt durchschnittlich 15 Jahre alt. Die meisten von ihnen (62,5%) hatten mindestens eine psychiatrische Grunderkrankung oder eine neurobiologische Entwicklungsstörung, bevor sie eine Geschlechtsdysphorie entwickelten. 48% der Kinder hatten kurz vor ihrer Transgender-Identifikation eine traumatische oder sehr stressbehaftete Erfahrung gemacht. Das waren Erfahrungen in der Familie (Scheidung der Eltern, Tod eines Elternteils, psychische Erkrankung in der Familie), sexuelle Übergriffe, sexuelle Belästigung, Vergewaltigung, missbräuchliche romantische Beziehung, Mobbing, Umzug der Familie in eine neue Umgebung oder Krankenhaus-

aufenthalt wegen psychiatrischer oder medizinischer Probleme. Fast die Hälfte der Jugendlichen (45%) zeigte selbstverletzendes Verhalten, bevor sie sich als geschlechtsdysphorisch bezeichneten. Die Jugendlichen verfügten über wenig Ressourcen, um Alltagsprobleme zu bewältigen, und waren schnell überfordert, wenn es darum ging, unangenehme Emotionen zu regulieren. Sie hatten soziale Ängste und oft das Gefühl, nicht dazu zu gehören. Konflikte schienen ihnen nicht bewältigbar.

Den Eltern fielen zwei Dinge auf. Einmal, die Identifikation ihrer Kinder als transgender erfolgte in Clustern in Freundschaftsgruppen. 70% der Jugendlichen gehörten zu einer Freundschaftsgruppe, in der sich zunächst ein Mädchen als transgender bezeichnete und kurz darauf ein zweites Mädchen. In einer kleinen Gruppe beispielsweise erklärte sich die Leiterin als transgender. Kurz darauf bezeichneten sich alle vier Gruppenmitglieder, alles Mädchen, als transgender. In 36,8% der Freundschaftsgruppen hatte bald die Mehrheit eine Transgender-Identität angenommen. Lisa Littman schreibt, dass hier das aus der Entwicklungspsychologie bekannte Phänomen der sozialen Ansteckung eine Rolle spielen kann.⁷⁴

Zum zweiten fiel den Eltern auf, dass kurz bevor ihre Kinder sich als transgender bezeichneten, ihr Internet- und Social-Media-Konsum in die Höhe geschossen war. Bei der Erklärung, sie seien transgender, gebrauchten die Kinder Sätze und Redewendungen, die die Eltern anschließend wortwörtlich auf einschlägigen Internetseiten wiederfanden. Bestimmte Internetseiten machen detaillierte Vorschläge, was Jugendliche ihren Eltern und Therapeuten sagen sollten, um eine Anerkennung als geschlechtsdysphorisch zu bekommen; wie sie ihre Lebensgeschichte darstellen sollten und vor allem, was sie sagen müssten, um schnell an Pubertätsblocker, gegen geschlechtliche Hormone oder sogar Operationen zu kommen.

Nach ihrer Transgender-Identifikation erlebten die meisten Kinder (60,7%) eine Zunahme ihrer Popularität. Sie standen jetzt im Mittelpunkt positiver Aufmerksamkeit, gehörten zu einer besonderen Gruppe,

bekamen Komplimente und auffallenderweise auch mehr Schutz vor Mobbing. Falls sie zu dem Schluss kämen, doch nicht transgener zu sein, so war die Sorge einiger Kinder, könnte man sie als Verräter bezeichnen. Bei fast der Hälfte (47,2%) verschlechterte sich laut Angabe der Eltern nach dem Annehmen der Transgender-Identität der psychische Gesamtzustand der Kinder. Die Erwartung der Kinder, eine Transition würde alle ihre psychischen und sonstigen Probleme lösen, war riesig.

Littman erörtert, dass das Annehmen einer Transgender-Identität ein fehlgeleiteter (maladaptiver) Coping Mechanismus sein kann, ein scheinbarer Ausweg aus überfordernden Alltagssituationen und vielen diffusen Schmerzen aufgrund der psychiatrischen Grunderkrankungen und der traumatischen Erfahrungen. Die Transition mit ihren Eingriffen in einen gesunden Körper, so Littman, könnte sogar eine Form von selbstverletzendem Verhalten sein.⁷⁵

Eine Transition ist aber kein echter Ausweg. Eher verhindert sie, dass die Kinder – mit Hilfe von Erwachsenen – sich den wirklichen Ursachen ihres tiefreichenden Unwohlseins stellen können. Der Psychoanalytiker Charles Socarides schrieb: „Es gibt keinen Beweis dafür, dass eine Identität, die im Widerspruch zu den anatomischen Strukturen steht, angeboren ist. Jeder Versuch [einer chirurgischen Transition] führt dazu, dass die betroffene Person kaum noch eine Chance hat, ihre psychischen Probleme wirklich anzugehen.“⁷⁶

IV. Der Widerstand wächst⁷⁷

Die Internetplattform „r/detrans | Detransition Subreddit“ hat über 48.000 Mitglieder. Dort können sich ausschließlich Detransitioners und Personen, die ihre Transition in Frage stellen, registrieren.⁷⁸ Detransitioners sind Frauen und Männer, die im Nachhinein ihre Transition als Fehlentscheidung ansehen und wieder in ihrem biologischen Geschlecht leben. Eine Detransitioner ist auch die junge Frau Keira Bell, die 2021 Anklage gegen die Tavistock Gender Clinic

wegen Fehlbehandlung erhob. Als Kind litt sie unter chronisch-traumatischen Familienproblemen, hatte Depressionen und war als Teenager suizidal. Insbesondere wegen ihrer Suizidalität erhielt sie mit 16 Jahren Pubertätsblocker, mit 18 Jahren Testosteron, mit 20 Jahren wurden ihr die Brüste entfernt. Heute sagt sie, sie hätte keine Transition gebraucht, sondern eine gute psychotherapeutische Begleitung.⁷⁹ Der damalige britische Gesundheitsminister Sajid Javid (2021) äußerte in dem Zusammenhang, man habe „an den Kindern versagt“. Laut Medien planen bis zu 1.000 Familien, gegen die Tavistock Gender Clinic zu klagen, weil die Clinic den „nicht durchdachten Wünschen von vulnerablen Kindern nachgab und sie auf den schädlichen, irreversiblen Weg der Trans-Medizin schickte“.⁸⁰ Im Jahr 2022 musste die Tavistock Gender Clinic schließen. „Eine unabhängige Analyse verurteilte die Clinic, sie sei ‘keine sichere oder langfristig tragbare Option’. Ihre Behandlungen [die transaffirmative Therapie] sind nicht evidenzbasiert und das Therapiemodell birgt ‘ein erhebliches Risiko’ für die Gefährdung der psychischen Gesundheit junger Menschen.“⁸¹

Schon im Mai 2021 hatte das Karolinska-Universitätsklinikum in Stockholm eine neue Leitlinie zur Geschlechtsdysphorie herausgegeben. Danach sind Pubertätsblocker und gegengeschlechtliche Hormone bei Jugendlichen unter 18 Jahren verboten. Solche Behandlungen können „irreversible, negative Folgen“ haben.⁸² Eine deutliche Abkehr von ihrer früheren transaffirmativen Position hat auch die Gesundheitsbehörde in Finnland vollzogen. Schwerpunkt der Behandlung und Mittel der ersten Wahl bei Geschlechtsdysphorien bei Minderjährigen müssten Psychotherapien sein, nicht eine Transition.⁸³ Auch in Frankreich, Neuseeland, Australien und den USA mehren sich die Stimmen von Fachgesellschaften, die fordern, mehr Gewicht müsse auf psychotherapeutische Hilfen gelegt werden und transaffirmative Therapien müssten stärker hinterfragt werden.⁸⁴

V. Ausblick

Noch viele Fragen sind offen. Kinder und Jugendliche, die sich als transgender identifizieren, verdienen

es, ernst genommen zu werden, sie verdienen es aber auch, dass man ihnen die Wahrheit sagt. Ein echter Geschlechtswechsel ist nicht möglich. Die Transition führt zu irreversiblen Schäden am Körper und häufig zu irreversibler Infertilität. Nach allem, was wir wissen, kann sie die Ängste, Depressionen und Suizidalität der Betroffenen nicht lindern. Vielmehr zementiert sie die Überzeugung, dass die Zerrissenheit zwischen Körper und Psyche nie heilen kann.

Erwachsene haben das Recht, einen Weg der Transition zu gehen. Minderjährige sollten wir, soweit immer wir es können, davor schützen. Es gibt Erfahrungen mit psychologisch ausgerichteten Therapien,⁸⁵ und diese sollten viel intensiver als bisher weiterentwickelt werden. Der Endokrinologe und Experte Michael Laidlaw schreibt, psychologisch ausgerichtete Therapien schaden am wenigsten und bringen die größten Vorteile. Einer viel größeren Anzahl von Kindern und Jugendlichen würde das letztlich helfen.⁸⁶ ■

Christl Ruth Vonholdt, Dr. med., ist Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin i.R. und arbeitete in Deutschland, Indien (Kurzzeiteinsatz) und Südafrika. Ihr Interesse gilt den Bindungstheorien und der Kleinkindforschung, auch, welchen Beitrag eine sichere Bindung an Mutter und Vater (sichere Triangulierung) für die Identitäts-Entwicklung des Kindes leistet. Umgekehrt, inwiefern tiefreichende frühe und meist chronische Bindungstraumatisierungen zur Entstehung von Identitätsverunsicherungen beitragen. Sie leitete von 1997 bis 2017 das *Deutsche Institut für Jugend und Gesellschaft* (DIJG)

Anmerkungen / Zugriff für alle Internetquellen ist der 12.Juli.2023

- 1 Kuitenbrouwer, J., *So fragwürdig ist das Standardverfahren mit Hormonen für Trans-Jugendliche*. 10.2.2023. <https://www.welt.de/debatte/kommentare/plus243116625/Hormone-fuer-Trans-Jugendliche-So-fragwuerdig-ist-das-Dutch-Protocol.html>. Im Internet werden auch diese Zahlen angegeben: 97 Fälle in 2009 und 2519 Fälle in 2019. <https://www.imabe.org/bioethikaktuell/einzelansicht/transgender-aerzte-fordern-ende-von-experimenten-mit-kindern>. Für Deutschland liegen keine zentralen Daten über Minderjährige vor.
- 2 <https://www.transgendertrend.com/wp-content/uploads/2020/11/English-NBHW-report-002.pdf>
- 3 taz: *Jugendpsychiater über Transidentität. Interview mit Alexander Korte*. <https://taz.de/Jugendpsychiater-ueber-Transidentitaet/!5845336/>
- 4 Siehe auch das Interview mit der Biologin und Nobelpreisträgerin Christiane Nüsslein-Volhard, 22.8.2022. https://www.emma.de/artikel/viele-geschlechter-das-ist-unfug-339689?fbclid=IwAR0ZXmtKQea4gSDZuuUBrNYupqHF-tlqcXCgzd0WZcj-F0qgov4Iqmy_pPU
- 5 Ein Beispiel ist die aktuelle Studie von Olsen, K., et al., *Gender Identity Five Years after Social Transition*. *Pediatrics* 150, 2, 2022. Kinder wurden ab dem Alter von drei Jahren auf den Weg der sozialen Transition geschickt, weil sie „starke Vorlieben“ für Spielzeuge, Spiele und Aktivitäten zeigten, die üblicherweise dem anderen Geschlecht zugeordnet werden, und weil sie sich mit dem anderen Geschlecht „identifizierten“. – Statt einer Transition wäre wichtig gewesen herauszufinden, welche Phantasien und Vorstellungen ein Kind hat, wenn es sich mit dem anderen Geschlecht „identifiziert“, und welche Bedeutung das für das Kind hat.
- 6 Allgemeine Entwicklungspsychologie: Ein Junge weiß oft erst mit 5-7 Jahren (oder später!), dass er ein Junge bleibt, auch wenn er Mädchenkleidung trägt (Geschlechtskonsistenz). Als Teil ihrer normalen Entwicklung glauben Kinder oft noch bis zum Alter von 7 Jahren, dass ein Junge nur einen Rock anzuziehen braucht und lange Haare, um zu einem Mädchen zu werden. Ruble, D., *The Role of Gender Constancy in Early Gender Development*. *Child Development*, 78, 4, 2007.
- 7 Korte, A., *Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen aus medizinischer und entwicklungspsychologischer Sicht*. In: Ahrbeck, B., Felder, M., Stuttgart 2022. S. 44. Kursiva im Original.
- 8 Zur Diagnose „Geschlechtsdysphorie“ (DSM-5-TR) gehört, dass eine Person seit mindestens 6 Monaten ein „Gefühl der Nichtzugehörigkeit“ zum eigenen biologischen Geschlecht hat, ein Gefühl der „Nicht-Übereinstimmung“ zwischen biologischem Geschlecht und subjektiv empfundener Geschlechtsidentität. Zusätzlich muss die betroffene Person deswegen deutliches Leid (Distress) empfinden oder sich in ihrem sozialen, beruflichen oder sonstigen Leben beeinträchtigt fühlen. Bei Kindern vor der Pubertät gehören noch folgende Verhaltenskriterien dazu: Starke Vorlieben für Kleidung, die vom Kind als typisch für das andere Geschlecht angesehen wird, starke Vorlieben für Aktivitäten, Spielzeuge und Spiele, die als typisch für das andere Geschlecht angesehen werden; in Rollenspielen Bevorzugung der Rollen des anderen Geschlechts. Eine vollzählige Auflistung der möglichen Kriterien: *What is Gender Dysphoria?*, American Psychiatric Association. Aug. 2022. <https://www.psychiatry.org/patients-families/gender-dysphoria/what-is-gender-dysphoria>
- 9 Transgender Phänomene sind zu unterscheiden von Intersexualität. Intersexualität ist ein Sammelbegriff für verschiedene angeborene, meist chromosomal oder genetisch bedingte, biologische Anomalien. Intersexualität ist objektiv nachweisbar. Transgender-Phänomene, Geschlechtsdysphorien und Geschlechtsinkongruenz sind subjektive, psychische Phänomene.
- 10 Der Psychotherapeut Robert Kosky behandelte Kinder ab 6 Jahren, deren erhebliches Transgender-Verhalten zum Teil schon im Alter von 2 Jahren begonnen hatte. Die meisten der Kinder verloren ihre Transgender-Identifikation innerhalb kurzer Zeit. Kosky, R., *Gender-disordered children: Does inpatient treatment help?* *The Medical Journal of Australia*, 146, 1, 1987.
- 11 So erklärte auch die französische Nationale Akademie für Medizin in einem Pressestatement vom 25.2.2022, dass es keine genetische Prädisposition für eine Transgender-Identifikation gibt. „No genetic predisposition has been found.“ <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2022/03/22.2.25-Communique-PCRA-19-Gender-identity-ENG.pdf>
- 12 Mayer, L., McHugh, P., *Sexuality and Gender. Part III: Gender Identity*. The New Atlantis, Fall 2016.
- 13 Laidlaw, M., et al., *Letter to the Editor*. *J Clin Endocrinol Metab*, 104, 3, March 2019, S. 686–687.
- 14 Das bedeutet nicht, dass das Phänomen nicht von den betroffenen Personen als „real“ empfunden wird. Aber es ist eine Empfindung. Es gibt keinen Nachweis einer objektiven Realität oder objektiver Strukturen.
- 15 Mayer, L., McHugh, P., 2016. A.a.O. *Executive Summary, Part III*.
- 16 Mayer, L., McHugh, P., 2016. A.a.O.
- 17 Die „trans-affirmative Therapie“ wurde in Amsterdam entwickelt und unter dem Stichwort „Dutch Protocol“ weltweit bekannt und angewandt. Diese aktuellen Artikel beleuchten die Hintergründe und die Fragwürdigkeit dieses Therapieansatzes: Kuitenbrouwer, J., 2023, a.a.O. Und: O'Malley, S., *The Dutch Model is falling apart*. January 2, 2023. <https://genspect.org/the-dutch-model-is-falling-apart/>
- 18 In der Tavistock Gender Clinic in London wurden Pubertätsblocker bei Kindern ab 10 Jahren gegeben, in den USA schon bei 8-9-Jährigen. <https://thebridgehead.ca/2019/04/22/doctor-says-teen-trans-girls-getting-mastectomies-can-go-and-get-new-breasts-later-in-life-if-they-change-their-mind/>

- 19 Biggs, M., *Revisiting the effect of GnRH analogue treatment on bone mineral density in young adolescents with gender dysphoria*. J. Pediatric Endocrinology and Metabol. April 2021. <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jpem-2021-0180/html>
- 20 Twohey, M., *They paused puberty, but is there a cost?* New York Times 14 Nov 2022.
- 21 Biggs, M., 2021. A.a.O.
- 22 <https://www.lupron.com/>
- 23 Ausführlich dazu: Laidlaw, M., *The Pediatric Endocrine Society's Statement on Puberty Blockers Isn't Just Deceptive. It's Dangerous*. Januar 2020. <https://www.thepublicdiscourse.com/2020/01/59422/>
- 24 Ebd.
- 25 Der Beipackzettel des Pubertätsblockers Lupron enthält u.a. folgende Hinweise auf Nebenwirkungen: Depressionen, emotionale Labilität, Gewichtszunahme. Psychiatrische Probleme, auch Symptome wie häufiges Weinen, Gereiztheit, Unruhe, Aggressionen, können auftauchen oder sich verschlimmern. <https://www.lupron.com>
- 26 Schneider, M., *Brain Maturation, Cognition and Voice Pattern in a Gender Dysphoria Case under Pubertal Suppression*. Frontiers in Human Neuroscience. November 2017. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnhum.2017.00528/full>
- 27 Biggs, M., *Tavistock's Experimentation with Puberty Blockers: Scrutinizing the Evidence*, März 2019. <https://www.transgendertrend.com/tavistock-experiment-puberty-blockers/> Aus dem Bericht von Biggs: What is most disturbing is that after a year on blockers, 'a significant increase was found in the first item "I deliberately try to hurt or kill myself"'.
 28 Laidlaw, M., 2020. A.a.O.
- 29 Hruz, P., *Growing Pains. Problems with puberty suppression in treating gender dysphoria*. The New Atlantis, Spring 2017.
- 30 Laidlaw, M., 2020. A.a.O.
- 31 Persisters oder Transitioners: Personen, die den Weg der Transition fortsetzen. Desisters oder Detransitioners: Personen, die den Weg der Transition aufgegeben haben und wieder in ihrem biologischen Geschlecht leben.
- 32 Siehe Fußnote 17.
- 33 De Vries, A. et al., *Puberty Suppression in Adolescents With Gender Identity. Disorder: A Prospective Follow-Up Study*. J Sex Med. 8, 8, 2011, S. 2276–2283.
- 34 De Vries, A., et al., *Young Adult Psychological Outcome After Puberty Suppression and Gender Reassignment*. Pediatrics 134, 4, 2014, S. 696–704. Tragischerweise starb eine Person an den Folgen der Operation, was aber nichts am „Dutch Protocol“ änderte.
- 35 Siehe auch Chloe Cole im Interview mit Jordan Peterson: Detransition: *The wounds that won't heal* [Wunden, die nicht heilen], <https://www.youtube.com/watch?v=6O3MzPeomqs>, siehe Fußnote 56.
- 36 Van Maren, J., *Doctor says teen „trans“ girls getting mastectomies can „go and get“ new breasts later in life if they change their mind*. 22 April 2019. <https://thebridgehead.ca/2019/04/22/doctor-says-teen-trans-girls-getting-mastectomies-can-go-and-get-new-breasts-later-in-life-if-they-change-their-mind/>
- 37 Im Interview mit Jordan Peterson berichtet Chloe Cole ausführlich von den verheerenden körperlichen Folgen ihrer medizinischen Transition. Detransition: *The wounds that won't heal*. A.a.O.
- 38 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/216299/Geschlechtsangleichende-Hormontherapie-bei-Geschlechtsinkongruenz#group-4>
- 39 Auch in Deutschland soll es geschlechtsangleichende Operationen schon bei unter 18-Jährigen gegeben haben. Das berichtet das *Positionspapier. Das Selbstbestimmungsgesetz: Folgen für Kinder und Frauen*. Hrsg. von DemoFürAlle, Dezember 2022. - In einem anderen europäischen Land wurden kürzlich einem 15-jährigen Mädchen die Brüste entfernt. (Persönliche Information).
- 40 Siehe Fußnote 36.
- 41 WPATH: World Professional Association for Transgender Health. <https://www.wpath.org/> Die Organisation ist eine weltweit agierende Advocacy-Gruppe.
- 42 Siehe: <https://www.christianpost.com/news/trans-group-removes-age-limits-for-kids-seeking-puberty-blockers.html>
- 43 Bränström, R., et al., *Reduction in Mental Health Treatment Utilization after gender-affirming surgeries: A total population study*. Am J Psychiatry, Oct 2019. Im August 2020 gab es eine weitreichende Korrektur der zunächst falsch angegebenen Studienergebnisse: *Major Correction*: Aug 2020: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2020.1778correction> Siehe auch : Van Mol, A. et al, *Correction: Transgender Surgery Provides No Mental Health Benefit*, 2020. <https://www.thepublicdiscourse.com/2020/09/71296/>

- 44 Dhejne, C., et al., *Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden*. PLOS ONE Feb. 2011. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>
- 45 Olsen, K., et al. 2022. A.a.O.
- 46 „This study did not assess whether participants met criteria for the DSM-5 diagnosis of Gender Dysphoria in Children. Many parents in this study did not believe that such diagnoses were either ethical or useful... we do know that these participants showed signs of gender identification and gender-typed preferences commonly associated with their gender, not their sex assigned at birth. Further, parent report using the Gender Identity Questionnaire for Children, indicated that youth showed significant 'cross-sex' identification and preferences.“ Olsen, K., et al., 2022. A.a.O.
- 47 Mayer, L., McHugh, P., 2016. A.a.O.
- 48 3,5% bezeichneten sich als „non-binär“.
- 49 Der Cass Report untersuchte die Arbeit der Tavistock Gender Clinic. Er führte dazu, dass die Clinic schließen musste. Cass Interim Report, Feb., 2022, S. 62-63. <https://cass.independent-review.uk/publications/interim-report/>
- 50 Zucker, K., *Debate: Different strokes for different folks*. *Child and Adolescent Mental Health*. May 2019. Kenneth Zucker berichtet von diesem Fall aus seiner Praxis: Ein siebenjähriger Junge, der seit einem Jahr in der Rolle eines Mädchens lebt, wird ihm vorgestellt. Im Beisein von Kenneth Zucker fragt die Mutter das Kind: Also, möchtest du ein Junge oder ein Mädchen sein? Der Junge antwortet ihr: Was möchtest du denn, wer ich sein soll?“ In: Zucker, K., *The myth of persistence: Response to „A critical commentary on follow-up studies and 'desistance' theories about transgender and gender nonconforming children“ by Temple Newhook et al*. *Int. J. of Transgenderism*. 19, 2, May 2018.
- 51 Darauf weist auch die Zwillingforschung mit eineiigen Zwillingen hin. Diamond, M., *Transsexuality Among Twins: Identity Concordance, Transition, Rearing, and Orientation*. *Int. J. of Transgenderism*, 14, 2013. – Siehe auch Fußnote 11.
- 52 Heylens, G., *Psychiatric characteristics in transsexual individuals: Multicentre study in four European countries*. Published online by Cambridge University Press, 2 Januar 2018.
- 53 Reisner, S., *Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: A matched retrospective cohort study*. *J Adolesc Health*. 56, 3, March 2015. S. 274–279.
- 54 Kaltiala, R., et al., *Two years of gender identity service for minors: Overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development*. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. April 2015. „Severe psychopathology preceding onset of gender dysphoria was common. (...) The recorded comorbid disorders were thus severe and could seldom be considered secondary to gender dysphoria.“
- 55 Becerra-Culqui, T., et al., *Mental Health of Transgender and Gender Nonconforming Youth Compared With Their Peers*. *Pediatrics* 141, 5, 2018. e20173845.
- 56 Chloe Cole ist eine heute 19-jährige Detransitioner. Wegen ihrer Geschlechtsdysphorie erhielt sie mit 13 Jahren Pubertätsblocker, kurz danach Testosteron; mit 15 Jahren wurden ihr beide Brüste entfernt. Als die Eltern zögerten, ihre Einwilligung zu den medizinischen Maßnahmen zu geben, wurde ihnen mit einer möglichen Suizidalität ihrer Tochter gedroht. Man sagte ihnen: Wollen Sie eine tote Tochter oder einen lebenden Trans-Sohn? Später wurde bei Chloe auch eine leichte Form einer Autismusspektrum-Störung festgestellt. Ausführlich berichtet Chloe Cole von ihrem Weg in dem informativen und bewegenden Interview mit Jordan Peterson: *Detransition: The wounds that won't heal*. A.a.O. Chloe Cole sagt vor der California State Assembly aus, 2022: <https://www.youtube.com/watch?v=JYZ4LIBHabA> und vor dem Rechtsausschuss des US-Congress, 2023: https://www.youtube.com/watch?v=DSGgR3W_jjg
- 57 „Maladaptive coping-mechanism“ – Littman, L., *Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria*. PLOS ONE August 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>
- 58 Finnische Studie: Kaltiala, R. 2015, a.a.O. Australische Studie 2021, siehe Fußnote 62. Tavistock Gender Clinic: <https://www.dailymail.co.uk/news/article-6401947/How-NHS-childrens-transgender-clinic-buried-fact-372-1-069-patients-autistic.html>
- 59 Zucker, K., et al., *A Developmental, Biopsychosocial Model for the Treatment of Children with Gender Identity Disorder*. *J of Homosexuality*, 59,3, 2012, S. 369-397.
- 60 Baams, L., *Disparities for LGBTQ and Gender Nonconforming Adolescents*. *Pediatrics*, 141, 5, 2018.
- 61 Baams, L., 2018. A.a.O. S. 7.
- 62 Kozłowska, K., et al., *Australian children and adolescents with gender dysphoria: Clinical presentations and challenges experienced by a multidisciplinary team and gender service*. *Culture and Attachments*. Vol. 1, 1, 2021, S. 70-95.
- 63 Kozłowska, K., et al., 2021. A.a.O. 35,4% der Kinder berichteten, dass Informationen aus dem Internet dazu beigetragen hätten, dass sie sich als geschlechtsdysphorisch ansahen.
- 64 „We understand failure at gender acquisition to be rooted in the attachment dynamic between the mother and the baby.“ Allan Schore, in: Nicolosi, J., *Shame and Attachment Loss*, 2008, S. 6.

- 65 Ausführlich: Schore, A., *Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the pathogenesis of posttraumatic stress disorder*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36, 2002, S. 9-30.
- 66 Schore, A., „Traumatic attachment experiences negatively impact the early organization of the right brain, and thereby produce deficits in its adaptive functions of emotionally understanding and reacting to bodily and environmental stimuli, identifying a corporeal image of self and its relation to the environment, distinguishing the self from the other and generating self-awareness.“ Schore, A., *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*, London 2003, S. 261. Schore schreibt ausdrücklich, dass frühe Bindungstraumata sämtliche genetischen und sonstigen Resilienzen eines Kindes außer Kraft setzen können.
- 67 Zusammengefasst aus dem Bericht einer Frau, die nach Brustoperation und mit Testosteron einige Jahre als Mann lebte und dann detransitionierte. Erst im Rückblick kann sie ihre inneren Vorgänge so reflektieren. (Persönliche Information)
- 68 Schore, A., 2002, a.a.O.
- 69 Giovanardi, G. et al., *Attachment Patterns and Complex Trauma in a Sample of Adults Diagnosed with Gender Dysphoria*. Frontiers in Psychology. Februar 2018.
- 70 Parris, M., *It's clear, our sexuality isn't set in stone*. The Times, Saturday Feb. 27 2021.
- 71 French National Academy of Medicine press release. Feb. 25, 2022. A.a.O.
- 72 Ahrbeck, B., Felder, M., *Geboren im falschen Körper? Klinische und pädagogische Fragestellungen*. In: Ahrbeck, B., Felder, M., *Geboren im falschen Körper*, Stuttgart 2022, S. 27.
- 73 Littman, L., 2018. A.a.O. 82,8% waren Mädchen. Im Durchschnitt waren die Jugendlichen 15,2 Jahre alt, als sie erklärten, sie seien transgener, und zur Zeit der Elternbefragung durchschnittlich 16,4 Jahre alt. 41% der Jugendlichen hatten zuvor erklärt, eine nicht-heterosexuelle Anziehung zu haben. Die große Mehrheit der Eltern war sehr liberal eingestellt. Laut Eltern verhielt sich ein Drittel der Kinder nicht einmal zum Zeitpunkt ihrer Transgender-Identifikation geschlechtsdysphorisch. – Ein Hauptkritikpunkt an der Studie war, dass es eine Elternbefragung war und damit die Antworten vielleicht nicht immer objektiv. Littman geht in einer späteren Veröffentlichung darauf ein. Littman, L., *Correction: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria*. PLoS ONE, März 2029. Die Studie ist dennoch sehr wichtig und stellt berechnete neue Hypothesen auf.
- 74 Social contagion, peer contagion.
- 75 Littman, L., 2018. A.a.O.
- 76 Socarides, Ch., *The Desire for Sexual Transformation: A Psychiatric Evaluation of Transsexualism*. American J. of Psychiatry 125, 10, 1969. S. 1419–1425. Frei übertragen nach: Fitzgibbons, R. et al., *The Psychopathology of Sex Reassignment Surgery*. The National Catholic Bioethics Quarterly. Spring 2009, S. 112.
- 77 Siehe: O'Malley, S., 2023. A.a.O.
- 78 <https://www.reddit.com/r/detrans/>
- 79 <https://www.persuasion.community/p/keira-bell-my-story>
- 80 Pitt, H., Tavistock Gender Clinic to be sued by 1,000 Families. 12 August 2022. <https://europeanconservative.com/articles/news/tavistock-gender-clinic-to-be-sued-by-1000-families/>
- 81 „An independent review condemned the clinic as ‘not a safe or viable long-term option’ because its interventions [gender-affirmative therapy] are based on poor evidence and its model of care leaves young people ‘at considerable risk’ of poor mental health.“ See: *World's Largest Paediatric Gender Clinic Shut Down Due to Poor Evidence, Risk of Harm and Operational Failures*. https://segm.org/UK_shuts-down-worlds-biggest-gender-clinic-for-kids
- 82 imabe, 1.10.2021 <https://www.imabe.org/bioethik-aktuell/archiv/einzelansicht/transgender-schweden-stoppt-pubertaetsblocker-bei-minderjaehrigen> Einzige Ausnahme sind klinische Studien, in denen Pubertätsblocker und Hormone bei Kindern ab 16 Jahren gegeben werden dürfen.
- 83 <https://transteens-sorge-berechtigt.net/212-finnland.html>
- 84 imabe, 11.4.2022 <https://www.imabe.org/bioethikaktuell/einzelansicht/transgender-fachgesellschaften-warnen-vor-geschlechtsumwandlung-bei-kindern> Van Mol, A., Gender Dysphoria: International pushback against G(T)AT in minors. IFTCC Annual Conference, Oct. 2022, Ungarn.
- 85 Zucker, K., et al., 2012. A.a.O.
- 86 Zusammengefasst aus: Laidlaw, M., et al., *Letter to the Editor*. 2019. A.a.O.

„Als die weibliche Hälfte der Menschheit“

Geschlechtsidentität im Prozess – ein Zeugnis

Anonym, 46 Jahre

Wir schauen noch wie in einen unklaren Metallspiegel, dann aber von Angesicht zu Angesicht. Noch erkenne ich alles nur bruchstückhaft, dann aber werde ich erkennen, so wie ich jetzt schon selbst von Gott erkannt worden bin.

1 Kor 13, 12 nach Roland Werner, Das Buch

Als Mädchen geboren, habe ich lange, tief und intensiv gerungen mit der Frage, wer ich bin und wie ich leben kann: Junge oder Mädchen, Mann oder Frau? Beglückend erlebte ich, wenn ich als Junge erkannt wurde. Das passierte bereits, als ich alleine vom Kindergarten nach Hause ging, da war ich etwa 5 Jahre alt. Ich las lieber Bücher wie „Sturm auf Gipfel und Gletscher“ als typische Mädchenliteratur und interessierte mich für Physik und Astronomie. Mit einem Kumpel habe ich gerne Fußball gespielt. Die Aufforderung, doch die Toilette für die Herren zu nutzen, machte mich glücklich, denn ich war als Mann erkannt. Das bin ich: ein Junge, ein Mann, alle sehen es, ist doch klar...

Ausgangspunkt

...bis auf die Tatsache, dass an entscheidender Stelle ein Körperteil fehlte. Die kindliche Hoffnung, der Penis wüchse noch nach, erfüllte sich leider nicht. Stattdessen setzte irgendwann die Pubertät ein, und mit ihr das Wachsen der Brust und die Periode. Das war eine unerträgliche Katastrophe. Dass es eine Katastrophe war, behielt ich für mich. Ich war ein stiller Mensch. Zudem gab es im äußeren Leben zum damaligen Zeitpunkt für uns in der DDR genug anderes Umwälzendes zu bewältigen. Es war die Zeit der friedlichen Revolution. Ich war 13, als die Mauer fiel, und 14, als der Beitritt zur BRD erfolgte.

Einer Maschine vergleichbar habe ich gut funktioniert, wie ein Rädchen im Getriebe. Für das, was das Menschsein ausmacht, war ich in vielerlei Hinsicht jedoch sprachlos. Ohne Sprache sein heißt ohne Verstehen sein. Man hat keine Fassung, keine Form für das, was man Fühlen nennt, und das, was man Be-

ziehung zwischen Menschen nennt. Das macht einsam. Außerdem hatte ich so etwas wie ein Credo aufgenommen und lebte es: Schaffe immer alles ganz allein, sei nie auf andere angewiesen. Echte Freunde gab es nicht, allerdings wusste ich auch nicht, wie Freundschaft geht. Ich war mir fremd, fühlte mich fremd unter den Menschen, das Leben selbst war mir fremd. Das war ein Zustand des Nicht-mit-mir-und-den-anderen-verbunden-Seins. Der englische Begriff „Alienation“ drückt es für mich am besten aus: wie ein Außerirdischer von einem anderen Stern. Ich passte nicht hinein und fand mich nicht gut zurecht. Vertrauen ins Leben und in Menschen gab es in mir nicht.

Es ist ein Dilemma, wenn man etwas anderes ist, als der Körper zu sein vorgibt. Ich mochte mich so nicht zeigen, habe mich und meinen Körper gehasst. Es kam mir vor, als wäre ich tot, während alle anderen lebten. Ich habe funktioniert. Es ist mir lange gelungen, nach außen eine harte Schale zu tragen und nichts an mich heranzulassen. „Du bist immer so hart zu dir“ hat mal jemand gesagt. „Blutleer“ finde ich ein sehr passendes Wort.

Etwas anderes als der Körper zu sein vorgibt

Der eine Mensch, von dem ich mich verstanden fühlte, war gestorben. Ich war zum Studium aus dem Elternhaus aus- und an einen anderen Ort gezogen. Jede Menge Fragen an das Leben und den tieferen Sinn meines Daseins trieben mich um. Der Gott, von dem in der Bibel geschrieben steht, trat in mein Leben, mitten in diese Umbrüche hinein. Zunächst in Gestalt eines Kommilitonen, der mir von ihm er-

zählte und der mich einlud, diesen Gott kennen zu lernen. Alles Aberglaube und Einbildung, so dachte ich. Oder etwa nicht? Junge, intelligente, aufgeschlossene und weltoffene Menschen halten an einer tausende Jahre alten Religion fest und richten ihr Leben aus an jemandem, den sie nicht sehen können – wie verrückt ist das denn? Zu verlieren hatte ich nichts, und da ich ernsthaft die Frage nach dem Sinn des Lebens gestellt hatte, wollte ich jetzt ihre Antwort hören. Heute, 28 Jahre später, kann ich nur sagen: wer diesen Gott fragt, bekommt Antworten. Vielleicht nicht die, die er hören will, denn dieser Gott ist nicht verfügbar. Aber er antwortet. Kurz und gut: Ich bin damals Christ geworden und habe um die Taufe gebeten.

Damit war aber mein Dilemma noch nicht gelöst. Früher noch ohne Worte, kann ich heute ausdrücken, was in mir vorging. Zuweilen schien es, als befände ich mich in einem abgeschlossenen Raum, und wagte ich nach draußen zu schauen, sah ich das Leben an mir vorbeiziehen. Sehnsüchte zogen an mir in verschiedene, ja geradezu entgegengesetzte Richtungen: eine Sehnsucht, einfach nur dazu gehören zu können, eine Sehnsucht, einfach nur „normal“ zu sein – wie alle anderen auch, eine Sehnsucht, einfach in Ruhe gelassen zu sein von dem Zwiespalt zwischen äußerem Schein und innerem Sein, eine Sehnsucht, einfach nur leben zu können, eine Sehnsucht, allem radikal ein Ende zu machen, mein Leben eingeschlossen. Das lebendige Leben anderer, vor allem die Gruppe der Christen, die ich kennengelernt hatte, zog mich mächtig an, und so machte ich mich auf die Suche nach diesem Leben.

Eine mir wohl gesonnene Person, der ich einen winzigen Blick auf mein Problem gewährt hatte, riet mir, therapeutische Hilfe zu suchen. Sie selbst könne als Mensch da sein für mich, habe aber nicht die Kompetenz, mich so zu begleiten, dass ich vorwärtskäme. Ich informierte mich über die notwendigen Schritte zur Geschlechtsanpassung nach geltender Rechtslage (um das Jahr 2004). Zu Beginn, so fand ich heraus, müsste ich eine Psychotherapie absolvieren, in deren Rahmen ich auch den vor der Hormoneinnahme und weiteren Anpassungsschritten geforderten mehrmonatigen sog. Alltagstest, also Leben im Alltag als Mann, durchführen konnte.

Ergebnisoffen und aufrichtig

So erkundigte ich mich über die verschiedenen Arten von Therapien, ihre Methoden und Schwerpunkte der Behandlung, überlegte, welche Form für mich am ehesten in Frage käme und suchte gezielt nach einem Therapeuten. Mir war wichtig, dass es ein Mann war, der mit dem Thema Transsexualität bereits Erfahrungen hatte. Ich war mir eigentlich ziemlich sicher, dass der Weg in Richtung äußerer Geschlechtsangleichung ging, dennoch wollte ich ausdrücklich einen ergebnisoffenen Begleiter. Denn ich wusste um dieses leise „eigentlich ziemlich“ – die wenigen Procente Unsicherheit über diesen radikalen Schnitt – in mir. Darüber hinaus hatte ich persönliche Begegnungen mit einem Menschen, der geschlechtsangleichende Schritte unternommen hatte: Psychotherapie, Hormoneinnahme, Namens- und Personenstandswechsel, geschlechtsangleichende Operation. Dieser Mensch hatte mehrere Jahre in den so veränderten Bedingungen gelebt und war mittlerweile auf der Suche nach einem Weg zurück zu einem Leben im angeborenen Geschlecht. Das konnte ich für mich nicht ignorieren, konnte nicht vorschnell nur den Weg der Geschlechtsangleichung als einzig möglichen heraus aus meinem Dilemma festlegen. Ich wollte wahres, echtes Leben finden. Dazu brauchte ich ein aufrichtiges Gegenüber, das bereit war, mich bei der Suche nach Klarheit, bei meiner Entscheidung und bestenfalls bei den ersten Schritten nach meiner Entscheidung zu unterstützen. Am Ende der Recherche hatte ich eine Adresse und überwand mich, Kontakt aufzunehmen. Die zwei juristischen Staatsprüfungen, die ich bestanden hatte, waren ein Klacks gegen die Hürde, die ich überwinden musste, dieses Wagnis einzugehen. Ich betrachte es als Wunder und Geschenk, dass dieser Therapeut mein Begleiter wurde – der erste und einzige, den ich hatte. Wir beide wussten nicht, wie lang und wohin der Weg führen würde. Als wir die Begleitung beendeten, waren es 11 Jahre geworden.

Einige wenige Anmerkungen zur Haltung meines Therapeuten, die es mir erst ermöglichte, mich zu öffnen. Er hatte Geduld, Prozessen die Zeit zu lassen, die sie tatsächlich brauchten. Begleiter war er, er ging meinen Weg, mein Tempo, meine Richtung und jede

Richtungsänderung mit. Er bestimmte nicht, was ich zu tun oder zu lassen hatte. Mein Weg, meine Verantwortung, meine Entscheidungen. Er war bereit, allem in mir zu begegnen, alles wahr sein zu lassen, nichts zu bewerten. Jeder Anteil, der sich in mir zeigte, war ihm willkommen, auch wenn ich den Teil hasste. Er traute sich, schmerzhaft Fragen zu stellen, brach

aber nicht bei mir ein. Er hielt zwischen allen Stühlen mit mir aus, stundenlanges Schweigen war für ihn kein Problem. Er hielt meine und seine Hilflosigkeit aus. Neben diesem Begleiter gab es andere sehr hilfreiche Umstände für meinen Weg: ich lebte in einer christlichen Lebensgemeinschaft, einem „Netz“ von wohlwollenden Menschen um mich herum, hatte Arbeit und meine Herkunftsfamilie, die mir deutlich machte, dass sie zu mir standen und die Tür zu ihnen immer offen bliebe, egal welchen Weg ich ginge.

Es ist ein Dilemma, wenn man etwas anderes ist, als der Körper zu sein vorgibt. Ich mochte mich so nicht zeigen, habe mich und meinen Körper gehasst. Es kam mir vor, als wäre ich tot, während alle anderen lebten. Ich habe funktioniert.

Schöpfungsgemäß und wahrhaftig

Parallel zur Auseinandersetzung in der Therapie beschäftigte mich die Schöpfungsordnung Gottes, wie die Bibel sie uns berichtet. „Da schuf Gott den Menschen in seinem Bild, im Bilde Gottes schuf er ihn; Mann und Weib schuf er sie. Und Gott segnete sie. Und Gott sah an alles, was er gemacht hatte, und siehe, es war sehr gut...“ (1 Mo 1, Die Heilige Schrift, ins Deutsche übertragen von Naftali Herz Tur-Sinai) Das provozierte meine Frage an Gott: Meinst du das ernst: „...es war sehr gut...“ für mich? Hast du dich nicht geirrt mit meinem Körper? Es war nicht gut!

Hin und wieder sind mir auf dem Weg des Ringens mit mir selbst bildhafte Worte zugesagt worden von anderen Menschen. Einige davon sind sehr wesentlich für den Prozess gewesen – Bilder sagen oft mehr als Worte, wenn man sie zu lesen gelernt hat. So wur-

de mir am Anfang meines intensiven Suchens folgendes gesagt: „Du bist wie Lazarus, der aus dem Grab gerufen wird ‚Lazarus, komm heraus‘ und der herauskommt und dem die Binden abgenommen werden.“ (Vergl. das Evangelium nach Johannes 11, 1 ff, insb. V. 43+44.) Ein Mann war tot, wurde aus dem Grab herausgerufen und ihm wurden die Totenbinden abgenommen. Ein zweites Wort trat etwa ein Jahr später hinzu: „Talita kum – Mädchen steh auf!“ (Vergl. das Evangelium nach Markus 5, 35 ff, insb. V. 41 und Lukas 8, 49 ff.). In das 12-jährige Mädchen kehrte – wie bei Lazarus durch den Ruf Jesu – das Leben zurück. Beide Bildworte habe ich mir nicht gesucht. Sie wurden mir von Christen gesagt, die nichts von meinem inneren Ringen wussten. Es entfaltete sich mir erst später, dass beide Bilder zusammen eine feine Illustration war für den Weg, der vor mir lag.

Ich wollte die Wahrheit über mein Leben wissen. Mein Ziel war, eine Entscheidung zu treffen, ob und wie ich leben kann, und diese Entscheidung dann im konkreten Leben umzusetzen. Deshalb begann ich die Psychotherapie, stellte mich meinen wirklichen Lebensrealitäten und setzte mich mit dem Vorfindlichen auseinander. Zwei Richtungen waren, nüchtern betrachtet, denkbar. Entweder mit Hilfe von Hormonen und chirurgischen Eingriffen die weiblichen Geschlechtsmerkmale entfernen und den Körper möglichst männlich erscheinen lassen, um so etwas wie Frieden mit mir zu schließen und leben zu können. Oder versuchen, mit unverändertem Körper zu leben. Ersteres lag mir viel näher und bei unserem Abschied nach 11 Jahren bestätigte mir mein Therapeut, dass auch er lange Zeit sicher war, dass es darauf hinauslaufen würde. In mir gab es nicht den Hauch einer Idee, wie Leben als Frau im weiblichen Körper gehen könnte. Eine Vorstellung, wie ich als Mann leben wollte, hatte ich.

Die Entscheidung lag bei mir

Eine Entscheidung zwischen diesen Wegen zu treffen, war dennoch brutal schwer. Ich war zerrissen zwischen dem, was ich empfand, und dem, was mein Kopf als richtig und bedenkenswert erkannt hatte. Einerseits war ich ein Junge, bin ein Mann und

brauchte den dazu passenden Körper. Andererseits gibt es, rein biologisch betrachtet, Menschen mit zwei X-Chromosomen – Frauen, und Menschen mit einem X und einem Y-Chromosom – Männer. Es gibt Formen genetisch bedingter Abweichung bei manchen Menschen, Intersexualität. Nur wenige Menschen sind davon betroffen und jeder einzelne von ihnen muss mit sich und seinem Körper einen Lebensweg finden. Zu ihnen gehöre ich nicht, denn ich habe eindeutige körperliche Geschlechtsmerkmale. Das Zeugnis der Bibel ist auch eindeutig. Die Frage an mich war: wollte ich die Gabe annehmen, die mir gegeben war, auch wenn ich keine Vorstellung davon hatte, wie das Leben in dieser Ordnung für mich gehen könnte? Konnte ich den Körper akzeptieren, wie er ist, und mich darin begrenzen lassen? Oder war die einzige für mich lebbare Antwort der Weg, den Körper dem Empfinden anzupassen?

Das Dilemma und die Schwierigkeit dieser Entscheidung fasst sich für mich am besten im folgenden Bild. Ich stehe auf einer Mine jener Bauart, die bei Entlastung detoniert und alles zerfetzt, was auf ihr war und sie belastet hat – nicht die Last sprengt, sondern die Entlastung, die Bewegung in die eine oder andere Richtung! Ich hatte einmal einen Film gesehen, der damit endete, wie ein Soldat auf eben so einer Mine lag, und die herbeigerufenen Experten sagten: die Mine ist nicht zu entschärfen. (Film *No Man's Land* von Danis Tanović, 2001)

Neue Zugänge zum eigenen Innern

Mit der vorsichtigen Öffnung kamen innere Bilder und Träume, die mich vor mir selbst erschrecken ließen. Ich brachte Frauen um, schnitt zu Eisklumpen gefrorene Föten aus Leibern. Erkenntnisse wurden ausgesprochen: Ich wollte nicht geboren sein! Ich war sehr wütend! Ich hasste Frauen! – Ursache, um auch alles Weibliche an mir zutiefst zu hassen – und da ich das Weibliche und den Rest von mir nicht unterschied, umfasste der Selbsthass mich ganz. Mein Erleben von Abgeschnittensein bezog sich offenbar auf mehr als das Stecken im falschen Körper: Es betraf das ganze Leben, die weibliche Hälfte der Menschheit und damit auch die eigene Mutter. Dieses Er-

leben erfuhr eine Verortung in meiner Biographie, eine Szene, in der es möglicherweise erstmals existenziell aufgetreten war, und die mir ins Bewusstsein trat: Die Familie lebt in einem Mehrfamilienhaus, oberstes Stockwerk. Bei der hinteren Ausgangstür aus dem Haus gibt es einen kleinen Hof. In dem Hof steht täglich viele Stunden ein Kinderwagen mit dem Baby der Familie. Das Baby schreit, aber keiner hört. Das Baby verstummt unten im Hof allein. Verstärkt wird dieses Erleben durch die Tatsache, ab dem Alter von 5 Monaten in die Krippe gegeben worden zu sein. Das war damals typisch in der DDR, und die Eltern dachten, sie täten das Beste für ihr Kind, denn so hatte man es ihnen beigebracht. Ein weiteres kam hinzu. Als ich erfuhr, dass meine Mutter eigentlich einen älteren Bruder gehabt hätte, dieser aber tot zur Welt gekommen war, verbündete ich mich innerlich mit ihm – ich wollte sein wie er.

Als ich versuchte, bis auf den Grund von Hass und Wut zu schauen, kamen mir tiefe Ängste entgegen: Angst vor dem Leben, Angst verlassen zu werden. Wenn ich mir die Folgen anschau, komme ich inzwischen zu der Vermutung, dass das kleine Kind eine Art Überlebensmechanismus entwickelt hatte: dicke Mauern in mir; ich drinnen, der Rest der Welt draußen. Keine (zu dichte) Bindung eingehen, um nicht verlassen werden zu können. Und ich „scheiße“ auf dieses Leben und beende es, wenn es mir passt. Man kann das durchaus Stolz nennen. Als Teenager fasste ich einen Beschluss, mein Leben zu einem bestimmten Zeitpunkt zu beenden. Ich lehnte das Leben ab, soweit es mich betraf. Diese Mechanismen sind verständlich, um Schmerz zu vermeiden, hatten allerdings einen wesentlichen Nachteil. Sie verhinderten, dass ich mögliche Annäherungsversuche von anderen annehmen und ihnen nachgehen konnte. So verhinderten sie auch mögliche positive Erlebnisse und Erfahrungen.

Andere Verletzungen speziell durch Frauen kamen hinzu, beispielsweise mussten wir im Schwimmunterricht in der Schule nackt (!) antreten. Im Sportunterricht gab es keine freie Kleiderwahl und die Lehrerin „überwachte“ auch noch den Zyklus! Lange Hosen durfte man nämlich nur dann anziehen, wenn man blutete. Das war übergriffig, aber ich

blieb damals sprachlos und ließ es über mich ergehen. Was konnte dem Hass entgegengesetzt werden?

Ein neuer Umgang mit der Scham

Bahnbrechend für mich war zu akzeptieren, was mir geschehen war. Jeder Tag, den ich gelebt hatte, hatte mich geprägt, ob ich das wollte oder nicht. Besser war, dies anzunehmen und damit statt dagegen zu leben. Zu benennen, dass mir mütterliche Nähe, Geborgenheit und Wärme gefehlt hatten, und aufkommenden Schmerz diesmal aushalten. Anders als früher war ich nicht mehr allein, sondern in gewisser Weise „in Sicherheit“ beim therapeutischen Begleiter. Ich hatte mich den Ängsten und Mechanismen zu stellen und neue konstruktive Wege zum Umgang damit suchen.

Hinter dem Wunsch, mein Leben zu beenden, stand in Wahrheit nicht, dass ich nicht mehr leben wollte, sondern, dass ich so nicht mehr leben wollte. Und damit die nicht ganz unberechtigte Frage, ob für mein Dilemma eine Lösung gefunden werden könnte, die nicht so endgültig ist wie der Tod. Diese Todessehnsucht taucht zuweilen noch heute auf. Lebensverneinung und Vernichtungswillen nehme ich jetzt aber als wichtiges Hinweiszeichen, dass irgendetwas gerade nicht stimmig ist. Ich frage mich dann: was konkret ist nicht erträglich, was verursacht, dass ich mit dem Leben Schluss machen will – und eigentlich nur eine bestimmte Situation oder einen Zustand beenden will? Lebensangst und Angst davor, Verantwortung zu übernehmen, liegen oft darunter, nicht selten gekoppelt mit der großen Frage nach dem Sinn des Lebens überhaupt.

In mir verborgen gab es ein Bild meiner Mutter, auch das musste ich benennen und wahr sein lassen: Ich sah sie wie eine Hohlfigur, bei der man mit Bleistift nur die Umrisse gezeichnet hatte. Diese Figur hatte immer irgendetwas zu tun, war sehr fleißig, sorgte sich um vieles und versuchte immer, alles gut zu machen. Aber irgendwie war nichts drin. Die Beschäftigung mit den Biographien meiner Eltern brachte für mich deutlich zum Vorschein, dass sie Menschen mit ihrem eigenen Gewordensein sind und selbst Grenzen haben. Beide, Mutter und Vater, haben das

Beste für ihr Kind gewollt. Ein Mensch kann immer nur das weitergeben, was er selbst empfangen, erfahren und gelernt hat – im Guten wie im Schlechten. Und ein Mensch kann nur das weitergeben, was der andere auch annimmt. Alles, was meine Eltern hatten und konnten, haben sie gegeben – mehr hatten sie nicht. Dafür wollte und konnte ich nun dankbar sein. Meine eigene Fähigkeit, ihre Annäherungsversuche und Liebeserweise anzunehmen, war durch die dicke Mauer in mir extrem eingeschränkt gewesen.

Das Erbe der Mütter antreten

Dankbar erinnerte ich mich daran, dass es einen besonderen Menschen gegeben hatte, bei dem ich das Gefühl hatte, verstanden worden zu sein: meine Oma. Unsere Familie lebte mit ihr gemeinsam in einer Wohnung bis zu ihrem Tod kurz vor meinem 18. Geburtstag. Ihr Satz war: „Ich habe einen Engel und einen Engel mit B davor.“ Der Engel war meine blondgelockte Schwester, mit dem Bengel war ich gemeint. Was ich nun nicht abstreiten konnte: sie war eine Frau, auch wenn ich sie so nie angesehen hatte. Schrittweise lernte ich unterscheiden zwischen dem, was vergiftend in meinem Leben war, und dass ich es verknüpfte mit Frauen, die in meinem Leben eine Rolle spielten. Mit meinem Geschlecht aber hatte das nichts zu tun!

Irgendwann hatte ich den Eindruck, dass ich, wollte ich leben, „das Erbe annehmen“ müsste. Das Erbe, mit diesem Körper mit weiblichen Geschlechtsmerkmalen geboren worden zu sein, und das Erbe meiner Mutter und Großmütter. Nur über das, was ich in Händen hielt, könnte ich dann auch verfügen, so der Gedanke. Erst einmal musste ich Ja dazu sagen – und dann entscheiden, wie ich mit dem Erbe weiter verfahren wollte. Das Gift wollte ich auf jeden Fall loswerden.

Es gab auch Gutes in meinem Leben durch Frauen – und Frauen haben einen besonderen Stellenwert in der Schöpfung durch das, was sie in einzigartiger Weise verkörpern. Beides wurde sichtbar für mich. Zu dieser Erkenntnis half mir eine „neue Mutter“. Jesus sagte zu seiner Mutter Maria: „Siehe, das ist dein Sohn“, zum Jünger sagte er: „Siehe, das ist deine Mutter“ (Vergl. das Evangelium nach Johannes

19,26+27). In ähnlicher Weise wurde mir angeboten, dass die Mutter Jesu auch meine Mutter sein könne.

In der Betrachtung darüber, was ihr Leben für Jesus und die Welt bedeutete, wandelte sich mein Frauenbild. Frauen haben die Gabe, dass in ihnen neues Leben heranwachsen kann, und zwar ganz ausschließlich nur in ihnen! Eigentlich ist das etwas Wundersames, Wunderbares. Sie können empfangen, nähren, in besonderer Weise nah sein und wörtlich ihr Leben teilen. Durch eine Frau hindurch nahm Gott menschliches Fleisch und Wesen an, weil sie sich mit ihrem ganzen Sein zur Verfügung gestellt hat. In dieser besonderen Weise kann nur Frau etwas von der Beziehung zwischen Gott und Mensch verkörpern. Wenn dieses Bild den Menschen fehlt, fehlt der Welt etwas Wesentliches. Frauen sind überlebenswichtig für alle.

Wie nebenbei wandelte sich damit auch das Bild, das ich von meiner Mutter hatte: ich erkannte nach und nach, was alles Lebendiges in ihr ist, und sah, was vermutlich schon immer da war, ich aber leider nicht wahrgenommen hatte. Es gab Liebe, Wärme, Wunsch nach mütterlicher Nähe zu mir, soweit es ihr eben möglich war. Es ist etwas heil geworden. Das, was fehlte, ist mir geschenkt worden – zuerst durch Maria und durch Frauen in meiner Umgebung, dann sogar durch meine leibliche Mutter – denn jetzt konnte ich es annehmen.

War dann mein Mann-Sein eigentlich ein Nicht-Frau-Seinwollen? Ich weiß es nicht. Mit dem Schwinden des Hasses wurde es jedenfalls möglich, neue Gedanken zu denken. „Alles schmerzt sich durch bis auf den eigenen Grund und die Angst vergeht“. Der Satz ist nicht von mir, aber ich kann aus eigenem Erleben bezeugen, dass er wahr ist.

Die innere Hausgemeinschaft befrieden

Ein ganz wesentlicher Schritt in Richtung Selbstannahme war, dass ich mich auf ein vom Therapeuten vorgeschlagenes „Experiment“ einließ, die Begegnung mit dem inneren Kind (nach Luise Reddemann). Diesem Impuls folgend, kamen mit der Zeit verschiedene Anteile in mir zum Vorschein,

die vorher gut unter Verschluss waren und wo ich nur ein großes Nichts hatte. Ich entdeckte sozusagen mein Innenleben, eine ganze innere Welt!

Diesen Anteilen eigneten je unterschiedliche Eigenschaften, Gaben, Fähigkeiten, Geschlechtsmerkmale. Manche mochte ich, andere hasste ich. Die Anteile standen beziehungslos nebeneinander. Einer dieser Anteile wollte alle anderen vernichten. Meine überaus herausfordernde Aufgabe bestand darin anzuerkennen, dass jeder dieser Anteile in mir ist, darüber hinaus alle willkommen zu heißen und keinem die Existenzberechtigung abzuspüren (auch nicht den weiblich konnotierten!), sodann die Anteile wie in einer Art „Hausversammlung“ an einen Tisch zu bringen, damit sie sich kennenlernten.

Ich habe alle inneren und äußeren Anteile, denen ich auf meinem Weg begegnet war, als zu mir gehörig angenommen.

Diese Begegnungen mit allem in mir waren die mühevollsten und schmerzhaftesten Angelegenheiten. Sie brachten die härtesten Auseinandersetzungen, die schrecklichsten und die schönsten inneren Bilder mit sich, die hilfreichsten Träume und viele Tränen. Sie waren wichtige Schlüssel auf dem Weg zu Frieden und Versöhnung. Schwer war insbesondere, die „weichen“ Seiten in mir zu sehen und anzunehmen. Die Entdeckung der inneren Welt war trotz aller Schmerzen, die das bedeutet hat, eines der kostbarsten Geschenke. Sie hat mich letztlich innerlich lebendig werden lassen. Auf diesem ganzen Weg lernte ich nach und nach meine eigenen Gefühle kennen und mir wuchs eine Sprache zu, mit der ich sie erstmals ausdrücken konnte.

Beim Nachdenken über das Leben in vorgegebenen Grenzen beschäftigte ich mich mit Menschen, die eine Behinderung haben. Die von ihnen, die ich bewunderte, hatten ihre Behinderung irgendwie angenommen. Sie versuchten, mit ihr statt gegen sie zu leben, nutzten dabei alle sich bietenden Hilfen und genossen

das Leben, das sie so leben konnten. Viele dieser Menschen können das Gute in ihrem Leben sehen und benennen, sie sind dankbare Menschen. Konnte ich die Eigenheiten an meinem Körper, die mir das Leben schwer machten, wie eine Behinderung zu sehen versuchen und das Beste aus der Situation machen?

In der Auseinandersetzung mit meinem Körper ließ ich mich ein auf die Frage, ob es irgendetwas an diesem Körper gibt, was vielleicht doch nicht so schlecht ist. Dabei habe ich entdeckt, wie gut er funktioniert. Trotzdem war er wie „nicht meiner“. Ich beschäftigte mich speziell mit dem weiblichen Körper, den Geschlechtsorganen, den Hormonen: Wo werden sie gebildet, wie ist die Steuerung, worauf wirkt sich der Hormonhaushalt aus. Das gab mir sehr zu denken: sollte ich in dieses gut funktionierende System eingreifen? Ist die Not so groß, dass es nicht anders geht? Dann wäre es den Eingriff auf jeden Fall wert! Würde Gott mich fallen lassen, wenn ich den Weg von Hormoneinnahme und geschlechtsangleichenden OPs wählte? Es stellte sich so etwas ein wie Hoffen, das an Gewissheit grenzt, er würde mich verstehen und nicht verlassen. In der Taufe hatte er mir zugesagt, dass er mich nicht verlassen würde.

Im Spiegel neuen Lebens – mit Neffe und Nichte

Irgendwann fing ich an zu zeichnen: ein Herz, mein Herz, meine Hände. Statt eines Messers zur Selbstverletzung oder einer Flasche zur Schmerzbetäubung fand ich einen Bleistift in meiner Hand vor. Statt zähnefletschende Monster, Schmerzschreie und Hassparolen mit Acrylfarben großflächig und schwarz mit breitem Pinsel auf Riesenblätter hinzurotzen, wie ich es in den ersten Gefühlsaufbrüchen getan hatte (und das war schon ein Fortschritt zur Betäubung gewesen, denn es war überhaupt mal eine Ausdrucksform!), entstanden hier – für mich sehr überraschend – feine leise Linien. Mein Auge beobachtete sehr genau, meine Hand setzte um – so hatte ich noch nie gezeichnet, so hatte ich meinen Körper noch nie angesehen. Es war ein langsames vorsichtiges Herantasten. Viel später zeichnete ich sogar einen Halbakt von meinem eigenen Körper.

Die zwei Schwangerschaften meiner Schwester habe ich aus der Ferne in besonderer Weise erlebt. Meine Schwester ist eine Frau, die ganz selbstverständlich in sich lebt. Mein Neffe ist ein Junge, wie ich gerne einer gewesen wäre, aber nicht war. Meine Nichte ist ein Mädchen, wie auch ich eins gewesen war, aber nicht sein wollte. Auch um dieser Kinder willen wollte ich in Klarheit, wahrhaftig und aufrichtig leben. Wie sollte ich ihnen denn sonst ein Gegenüber werden können? Im Warten auf ihre Geburten ist in mir Liebe zu meinem Neffen gewachsen, ohne Neid auf sein Junge-Sein, und Liebe zu meiner Nichte, ohne Misstrauen von meiner Seite. Vor der Geburt meiner Nichte hatte ich geträumt, und dieser Traum zeigte mir, dass ich bereit und einverstanden war: das Mädchen sollte geboren werden. Eine weitere Einsicht war richtungsweisend: es ist gut, sich an Vorbildern zu orientieren. Am Ende aber musste ich meinen eigenen Weg finden, einen, der zu mir passt. Ich bin nicht der andere, ich bin ich.

Irgendwann unterwegs auf meinem Weg hatte ich entschieden, mich zu bewegen und zu versuchen, mit dem mir Gegebenen zu leben. Einerseits war es das Ergebnis einer nüchternen Abwägung: ich stelle mich den vorfindlichen Realitäten, die ich erst einmal nicht ändern kann. Vielleicht aber war mir gegeben, meine Haltung zu ihnen zu verändern, so meine Hoffnung. Sollte das scheitern, bliebe immer noch die Möglichkeit der Geschlechtsangleichung und ich würde sie ergreifen, das versprach ich mir selbst. Es war der Versuch, dem Leben Raum zu geben, es sich entwickeln zu lassen und mit mir selbst Geduld zu haben.

Andererseits war es alles andere als ein stringenter Weg mit klaren folgerichtigen Schritten. Vielmehr musste die Entscheidung, einmal getroffen, immer wieder neu errungen werden. Zuweilen war sie klar und fest, dann schwankte sie bedrohlich, mal ging es einen Schritt vor, dann wieder zwei zurück. Den meisten Themen begegnete ich mehrfach, je in unterschiedlicher Tiefe, vergleichbar einem Weg durch eine Spirale, bei dem man immer wieder an den gleichen Orten vorbeikommt, aber auf unterschiedlichen Ebenen. Immerhin – es ist keine Mine explodiert.

Auf der Zielgeraden?

Hilfreich war die Entdeckung, dass es im Alltag, z.B. bei der Arbeit, oft gar nicht auf das Geschlecht ankommt. Da war ich als Mensch mit meinen Fähigkeiten gefragt! Schwierig war, die Grenzen des Körpers zu spüren und zu akzeptieren. Das, was meinen Körper zu einem weiblichen macht, versuchte ich so sein zu lassen. Zuallererst sah ich mich jetzt als einen Menschen, und danach als einen Menschen mit einem weiblichen Körper. Ich lebte mit ihm, und das war besser, als in ständiger Abwehr dagegen zu leben. Ich habe alle inneren und äußeren Anteile, denen ich auf meinem Weg begegnet war, als zu mir gehörig angenommen. Die Arbeit am Thema „innere Anteile“ war eine der größten Herausforderungen der Therapie, sie brachte die meisten inneren Bilder und Träume hervor, die für meinen Lebensweg besondere Bedeutung haben. Wer sich auf diesen Weg begibt, wird seine eigenen Erfahrungen machen. Völlig unerwartet und weit darüber hinaus wurde mir geschenkt, dass ich die Anteile meiner inneren „Hausversammlung“ sogar lieb gewann, die männlichen und die weiblichen!

Dieses „Alltagsexperiment“ lebe ich seit mehreren Jahren. Bisher stand die Richtung nicht ernsthaft

in Zweifel. Ausgeprägte, unerträgliche oder übermächtige Sehnsucht nach Leben als Mann ist bis jetzt nicht mehr aufgetaucht. Heute übe ich mich im Vertrauen, in Beziehungen und Freundschaften. Gefühlsäußerungen anderer Menschen verunsichern mich zuweilen, da ist immer noch eine gewisse Hilflosigkeit vorhanden. Ich blicke nur schlecht, langsam oder gar nicht durch, wenn sich Beziehungen „verknäulen“. Vergleiche ich mich mit anderen, habe ich sicher kleinere Kapazitäten für enge Freundschaften und Bindungen. Eine gewisse Distanz bleibt in vielen Kontakten. Aber ich lebe verbunden, in gefestigten und geklärten Beziehungen zu meiner Herkunftsfamilie und mit den Gefährten, mit denen ich in einer christlichen Lebensgemeinschaft gemeinsam unterwegs bin. Ich bin sehr dankbar, heute mit mir selbst einig zu sein. Ich bin ein glücklicher lediger Mensch und ich bin eine Frau.

**Frieden
ist die Fähigkeit
sich selbst so anzunehmen
wie man ist
es ist das Gefühl
dazu zu gehören
und darüber sicher zu sein**

Dieses Zeugnis erscheint zusammen mit weiteren kostbaren 38 Lebensberichten von Männern und Frauen, die ihre persönlichen Erfahrungen im Bereich von sexueller Identität und Orientierung abseits des LGBTIQ-Narrativs reflektiert haben und ihren Weg im Glauben gegangen sind und mit anderen gemeinsame gehen.

**Markus Hoffmann: Weil ich es will
Homosexualität. Wandlungen. Identität**

39 Lebensberichte

ISBN 978 3 03848258 1

Fontis-Verlag, Basel 2023



Von der Aufkündigung des freudschen Sexualvertrags

Diskussion von Carl R. Truemans Buch *Der Siegeszug des modernen Selbst. Kulturelle Amnesie, Expressiver Individualismus und der Weg zur sexuellen Revolution*. Verbum Medien Bad Oeynhausen 2022

Silke Edelmann

Das Verständnis von Sexualität und Sexualethik in der westlichen Welt, die man gemeinhin als christliche Zivilisation bezeichnet, hat sich in den letzten 60 Jahren rasant verändert. Wie es dazu kam, dem geht der englische Theologe und Kirchenhistoriker Carl R. Trueman nach. Die gesellschaftliche Debatte ist moralisch aufgeladen, doch die Ursachen des Wandels liegen tiefer. Wurde die Sexualität des Menschen seit jeher in einem spirituell-metaphysischen Rahmen gedeutet, wurde die metaphysische Rückbindung in der Neuzeit zunehmend aufgekündigt. Immer mehr verlagerte sich die maßgebliche moralische Instanz in das Innere des Subjekts, während äußere Maßgaben zunehmend hinterfragt wurden.

Anhand der Ideengeschichte arbeitet Trueman heraus, warum das Bekenntnis zu traditionellen Moralvorstellungen heute eine so heftige Gegenreaktion hervorruft. Gemäß den gängigen postmodernen Narrativen beruht die Rückbindung des Menschen an eine metaphysische Realität auf einer Fiktion. Im Rückgriff auf das marx'sche Diktum, Religion sei Opium für das Volk, argumentieren vor allem linke Denker, dass jede metaphysische Weltanschauung das Instrument einer Elite zur Durchsetzung ihrer Interessen darstellt.

Christen, die ihre ethischen Erwägungen metaphysisch verankert wissen möchten, müssen ein Verständnis dafür entwickeln, wie der neuzeitliche Subjektivismus, der auch die Theologie geprägt hat, diese Verankerung erodiert, um Perspektiven aufzuzeigen, wie christliche Apologetik dem entgegenwirken könnte. Truemans Buch gliedert sich in vier Abschnitte:



Die Architektur der Revolution

Im ersten Teil umreißt Trueman die Kerngedanken dreier Theoretiker, die den Denkraum für seine Analyse und Interpretation liefern: „Charles Taylor, der Philosoph; Philip Rieff, der psychologische Soziologe; und Alasdair MacIntyre, der Ethiker.“ (S.43) Mit dem Ansatz von **Charles Taylor** sucht Trueman eine Antwort auf die Frage, warum das konstruktivistische Gender-Modell so vielen einleuchtet, obwohl sie dessen ideengeschichtliche Wurzeln nicht kennen: Jeder wird in eine Gesellschaft hineingeboren, deren normative Vorstellungen vom Leben er unbewusst aufnimmt, und verhält sich entsprechend. Das nennt Taylor das soziale Vorstellungsschema. Dieses Schema ist aber nicht statisch, sondern ändert sich im Laufe der Geschichte, sei es durch innovative Gesellschaftstheorien einzelner Denker, sei es durch wissenschaftlichen und technologischen Fortschritt.

Die Ursache dafür, dass sich das soziale Vorstellungsschema in der Postmoderne in Hinblick auf das Selbstbild des Menschen stark verändert hat, sieht Taylor im Übergang von einer vorwiegend *mimetischen* zu einer vorwiegend *poietischen* Weltsicht: „Eine mimetische Sichtweise versteht die Welt als mit einer Ordnung und einem Sinn versehen. Daher steht der Mensch vor der Aufgabe, diesen Sinn zu entdecken und sich auf ihn einzustellen. Poiesis hingegen sieht die Welt als Rohmaterial an, aus dem sich das Individuum Sinn und Bedeutung erschaffen kann.“ (S.47)

Ohne Rückbezug auf eine sinnvolle Ordnung, die sich spirituell verbindlich oder vernunftgeleitet kollektiv erschließen ließe, ist das Individuum auf sich gestellt, eine für sich selbst gute Lebensweise zu ersinnen, die im besten Fall auch für seine Mitmenschen gut ist. Dabei kann ihn allerdings nur sein Gefühl leiten. „Das bezeichnet Taylor als *expressiven Individualismus*: „Jeder findet seinen eigenen Sinn darin, dass er seinen eigenen Gefühlen Ausdruck verleiht.“ (S.54)

Von dem Soziologen **Philip Rieff** übernimmt Trueman die Typisierung historischer kultureller Haltungen. So spricht Rieff von „Menschentypen“, etwa dem

„politischen Menschen“ der Antike, dem „religiösen Menschen“ des Mittelalters, dem dann der „ökonomische Mensch“ folgt. Den neuesten Akteur auf der historischen Bühne bezeichnet er als den „psychologischen Menschen“. Dieser Typus unterscheidet sich von den früheren darin, dass er seine Identität weniger im Außen sucht und seinen Blick auf der Suche nach dem persönlichen seelischen Glück nach innen richtet. Dieser Einteilung folgt auch Trueman in seiner Analyse. Rieff deutet die Welt des politischen Menschen der Antike als „heidnisch“, weil ihre Moral in mythischen Archetypen wurzelt. Die Welt des religiösen Menschen formt sich an einer vom Schöpfer vorgegebenen heiligen Ordnung, die „dritte Welt“ aber hat die Idee einer transzendenten Ordnung aufgegeben und sucht mithilfe subjektiver Empfindungen eine Ordnung herzustellen.

Alasdair MacIntyre, Truemans dritte Referenz, eröffnet mit seiner aristotelisch-thomistischen Herangehensweise eine weitere hilfreiche Perspektive. Um eine Handlung als moralisch gut oder schlecht zu bewerten, muss man sie verorten und vom Ziel her beurteilen. Der moderne Mensch löst sein ethisches Urteil zunehmend von sinnhaften Zielvorgaben und etabliert eine Ethik, die MacIntyre als Emotivismus bezeichnet: „Der Emotivismus lehrt, dass alle wertenden Urteile oder genauer alle moralischen Urteile nur Ausdruck von Vorlieben, Einstellungen oder Gefühlen sind.“ (S. 98)

In Taylors expressivem Individuum und Rieffs psychologischem Menschen erkennt Trueman den heutigen Menschentyp wieder, der seine Ethik auf Emotivismus aufbaut und sein Zuhause in einer „dritten Welt“ gefunden hat. Diese Welt ist von einer *Antikultur* geprägt, denn sie widmet sich eher der Zerstörung als dem Aufbau von Kultur. Selbst ihre Kunst verunglimpft, was in der „zweiten Welt“ als gut und schön galt. Sie ist *anti-historisch*, da sie meint, nichts Wertvolles aus der Geschichte lernen zu können. Wenn, dann nur, dass immer wieder neue Eliten Minderheiten oder Andersdenkende unterdrückt hätten.

Nachdem Trueman im ersten Teil des Buches beschrieben hat, was das moderne Selbst ausmacht und

wie seine Welt aussieht, beschäftigt er sich im **zweiten Teil** mit Denkern des 18. und 19. Jahrhunderts, in deren Ideen das moderne Selbstverständnis wurzelt.

Die Grundlagen der Revolution

Er beginnt mit **Jean-Jacques Rousseau** und seiner Idee des von Natur aus guten Menschen, der erst durch die Gesellschaft verdorben wird. Den Menschen in seinem Naturzustand leitet die Selbstliebe und befähigt ihn über die Selbstfürsorge hinaus aber auch zum Mitleid mit anderen. Bei dem durch die Gesellschaft verdorbenen Menschen hat sich die *Selbstliebe* in *Eigenliebe* verwandelt, die ihn in Rivalität,

Neid und Unzufriedenheit abgleiten lässt. Daher ist für Rousseau der Schlüssel „zu einer konstitutiven Sozialethik (...) die Fähigkeit, sich in andere einzufühlen und auf sie die Prinzipien anzuwenden, die man auch für sich verwendet.“ (S.140)

Auf Rousseau folgt die Vorstellung dreier Dichter der englischen Romantik, wobei Trueman das Ziel verfolgt, „zu beschreiben, wie sich in der Zeit nach Rousseau bestimmte kulturelle

"Auf Gott zu verzichten bedeutet, die Grundlagen zu zerstören, auf denen eine ganze Welt der Metaphysik und Moral aufgebaut wurde und von denen sie abhängig sind."

F. Nietzsche

Stimmungen zeigten, mitteilten und gegenseitig verstärkten“. Für **William Wordsworth** ist es die Poesie, die den durch die Industrialisierung abgestumpften Menschen an seine Ursprünge erinnert und ihn so wieder mit dem verbindet, was ihn zum Menschen macht, und ihn auch wieder zu menschlichem Handeln befähigt. **Percy Bysshe Shelley** vergleicht den Dichter mit einer äolischen Harfe, denn wie der Wind auf der Harfe Musik hervorbringt, bringt die Natur durch den Dichter ewige Wahrheiten hervor. Shelley und **William Blake**, den Trueman als dritten Dichter vorstellt, wollten nicht nur, dass die Menschen die Wahrheit erkennen, sondern auch, dass sie sich von den Institutionen (Kirche und Industrie) befreien, die diese Wahrheit verschleiern und ihnen ihre Moral

aufzwingen. Da die Poesie an die Gefühle appelliert und sie bewegt, sahen sie in ihr ein viel stärkeres Instrument für ethisches und politisches Urteilen und Handeln als in der Vernunft.

Der zweite Teil schließt mit der Vorstellung sehr unterschiedlicher Gelehrten, denen gemeinsam die Überzeugung war, dass die gesellschaftlichen Vorstellungen ihrer Zeit von einem falschen Menschenbild ausgehen. Im Unterschied zu Wordsworth, Shelley und Blake suchten diese Gelehrten nicht das wahre Selbst, sie gingen davon aus, dass es nicht existiert. Jede transzendente Vorstellung lehnten sie ab.

Wie kaum ein anderer führte **Friedrich Nietzsche** dies vor Augen, als er den *Tollen Menschen* verkünden ließ: „Gott ist tot“. Er schrieb seinen Zeitgenossen ins Stammbuch: „Aber auf Gott zu verzichten bedeutet, die Grundlagen zu zerstören, auf denen eine ganze Welt der Metaphysik und Moral aufgebaut wurde und von denen sie abhängig sind.“ Nietzsche meinte, dass die Menschen seiner Zeit das noch nicht begriffen hatten. Zu sehr war ihr gesellschaftliches Vorstellungsschema durchdrungen von den Gesetzmäßigkeiten des Gottesglaubens. Würden sie erkennen, dass die Grundlagen ihrer sittlichen Ordnung zerstört sind, wären sie frei, sich zur Lebensgestaltung auf ihr Inneres zu berufen.

Auch **Karl Marx** hielt die menschliche Natur für formbar. Allerdings formt nicht der Einzelne sich selbst, sondern wird geformt durch seine konkreten Lebensbedingungen. Verändern sich seine Lebensumstände, so verändert sich mit ihnen auch der Mensch. Angesichts der ungerechten Verteilung materieller Güter lindert der Mensch seinen Schmerz nicht, wie er sollte, durch die Veränderung dieser Umstände, sondern weicht aus in Religion.

Charles Darwins Konzept von der Entwicklung der Arten zeigte den Menschen als ein Zufallsprodukt der Natur. Zwar war er nicht der Erste, der die Entstehung der Welt evolutiv deutete, aber er hat ihr als erster eine teleologische Absicht abgesprochen. Damit hatte das Leben des Menschen weder Ziel noch Sinn.

Die Sexualisierung der Revolution

Die Verlagerung linker Politik vom Kampf um materielle Gerechtigkeit zum Kampf für sexuelle Rechte ist Thema des **dritten Teils**. Es geht um die Frage, warum Sexualität in unserer Zeit von so großer politischer Bedeutung ist.

Auch hier werden wieder einige entscheidende Denker vorgestellt, zunächst **Sigmund Freud**, der im Gegensatz zu Rousseau nicht davon ausging, dass die Moral und der Hang zum Guten in der menschlichen Natur angelegt seien. Er macht darin dunkle, bedrohlich erscheinende Aspekte aus, die stark mit dem Sexualtrieb zusammenhängen. Wird dieser nicht gezügelt und kulturell sublimiert, stürzt er das Gesellschaftsgefüge in die Dominanz von Willkür oder Chaos. Daher braucht die Gesellschaft Regeln, die Freud auf den „Sexualvertrag“, sexuelle Tabus und Normen zurückführte. Ist dieser jedoch zu restriktiv, wirkt sich das auf das seelische Wohlbefinden der Menschen aus, was wiederum negative Folgen für die gesamte Gesellschaft hat.

Der Sexualwissenschaftler **Wilhelm Reich** nahm Freuds Ideen auf und entwickelte unter Zuhilfenahme von Marx' Konzept des Klassenkampfes sein politisch-emanzipatorisches „Konzept der sogenannten Sexualökonomie“. Jetzt verlagert sich der Kulturkampf von einer ökonomischen auf eine psychologische Ebene. Reichs Ideen nahmen Denker der Frankfurter Schule wie Herbert Marcuse auf und entwickelten sie in der „Kritischen Theorie“ weiter.

Auch im Feminismus zeigt sich diese Verlagerung. Ging es den Feministinnen der ersten Welle vor allem um ökonomische Fragen wie Arbeitsrecht, Entlohnung und Wahlrecht, so betonten viele in der Nachfolge von **Simone de Beauvoir** den psychologischen und anti-essentiellen Aspekt der Frauenfrage. „Man kommt nicht als Frau zur Welt, man wird es“, so die Kernaussage ihrer Texte. Jede Kultur konstruiert ihre Vorstellung von Frau. Sie erkannte zwar an, dass die Natur nur Frauen die Möglichkeit zur Schwangerschaft gegeben hat, war aber überzeugt, dass neue Technologien Frauen auch davon befreien könnten.

Eine ihrer Nachfolgerinnen, **Shulamith Firestone**, träumte davon, dass am Ende der feministischen Revolution nicht nur die männlichen Privilegien, die das Patriarchat hervorgebracht hatte, beseitigt sein würden, sondern dass genitale Unterschiede keine sozialen Unterschiede mehr hervorbringen und die Tyrannei der biologischen Familie ein Ende hat. Wer dann noch als Mann oder Frau einen Kinderwunsch hegt, dem kann durch künstliche Befruchtung zu einem Kind verholpen werden.

So wie es Marx darum ging, die materiellen Bedingungen der Kultur so zu verändern, dass ökonomische Gerechtigkeit entsteht, so geht es der sexuellen Revolution um die Gleichberechtigung beider Geschlechter bei der Ausübung sexueller Handlungen und letztlich um die Gleichberechtigung aller sexuellen Wünsche. Lediglich in der Frage von Pädophilie und sexueller Gewalt macht die Bewegung Konzessionen.

Die Siege der Revolution

Es braucht schon einiges an propagandistischem Knowhow, um die ohnehin angeschlagene Arbeiterklasse zum Kampf gegen die herrschende Bourgeoisie aufzustacheln. Wie aber bringt man eine gesellschaftliche Mehrheit dazu, sich gegen die herrschende Sexualmoral aufzulehnen, zumal in einer Gesellschaft, in der viele noch an eine transzendente Ordnung glauben? Darauf geht Trueman im **vierten und letzten Teil** seines Buches ein.

Um Menschen dazu zu bringen, sexuelle Normen in Frage zu stellen, braucht es mehr als wissenschaftliche Vorträge über Freud und Reich. Vor allem ihre Gefühle und Bedürfnisse müssen angesprochen werden. Das leistete unter anderem die Kunst, die Sinne und Emotionen anspricht.

Eine stark von Freud inspirierte Kunstrichtung war der Surrealismus. Ihm widmet Trueman besondere Aufmerksamkeit. In den Bildern der Surrealisten werden die Grenzen zwischen Traumwelt und Realität aufgehoben. Sexualität, unbewusste sexuelle Sehnsüchte und Ängste werden als ein essentielles Wesensmerkmal des Menschen sichtbar gemacht.

Während diese Kunstwerke der sogenannten Hochkultur dies vor allem symbolisch andeuten, führen die in der Öffentlichkeit zunehmend sichtbaren pornographischen Darstellungen der Popkultur das Publikum an neue sexuelle Normen heran. Dabei kam **Hugh Hefner**, dem Verleger des Playboy, eine Schlüsselrolle zu.

Im Kampf gegen die alte Ordnung haben sich unter dem Akronym „LGBTIQ“ sehr unterschiedliche sexuelle „Minderheiten“ zusammengeschlossen. Sie verbindet lediglich die gemeinsame Geschichte der Marginalisierung und Ausgrenzung. Und sie alle sind davon überzeugt, dass jede Infragestellung ihrer als authentisch empfundenen Identität ein Verbrechen ist, das einer Körperverletzung gleichkommt.

Mit den bis 2006 erarbeiteten Yogyakarta-Prinzipien, die als universeller Leitfaden für Menschenrechte dienen sollen, wurden die Rechte der LGBTIQ-Gemeinschaft gestärkt. Auch wenn die Kommission, die sie verabschiedet hatte, ohne offiziellen Regierungsstatus handelte, haben die Prinzipien großen Einfluss auf Gesetzesvorhaben, vor allem in der westlichen Welt. Unbemerkt von der breiten Öffentlichkeit hat z.B. die sexuelle Revolution große Erfolge erzielt. Kunst und Medien, aber auch akademische Positionen und seit einiger Zeit auch Gerichtsverfahren gegen diejenigen, die angeblich bewusst oder unbewusst die Gefühle dieser Minderheiten verletzt haben, gewöhnten die Öffentlichkeit an eine neue Normalität.

Am Ende des Buches formuliert Trueman seinen „*unwissenschaftlichen Prolog*“, mit dem er eine Diskussion unter Christen anstoßen möchte. Er warnt davor, sich auf einen Kampf „die gegen uns“ einzulassen. (Wobei sich auch viele Christen dem neuen Menschenbild angeschlossen haben.)

Trueman sieht den expressiven Individualismus bereits so tief verwurzelt, dass sich daran in naher Zukunft erst einmal nichts ändern wird. Er wagt jedoch einige Prognosen, wobei er sich auf die liberale Sexualmoral, die gleichgeschlechtliche Ehe, die Transgender-Bewegung und die Tendenz zur Einschränkung der Religionsfreiheit beschränkt. Obwohl die

sexuelle Revolution offensichtlich nicht die erhofften positiven Ergebnisse erzielt hat, vor allem für Frauen, ist kein großes Umdenken in diesen Bereichen zu erwarten.

Er prognostiziert, „dass der Gedanke der Religionsfreiheit in der westlichen Gesellschaft unter Druck gerät und in der breiteren gesellschaftlichen Vorstellung nicht mehr den Status eines eindeutig guten Wertes genießt“ (S.482). Zum einen, weil die religiöse Bindung im Westen schwindet, zum anderen, weil „sexuelle Identität als Schlüssel für den Ausdruck persönlicher Identität betrachtet wird“. Jede Religion, die einer traditionellen Sexualmoral anhängt, wird allein wegen ihrer nichtaffirmativen Haltung zu neuen Formen der sexuellen Identität als Feind angesehen werden.

Am Ende des Buches fragt Trueman, was Christen angesichts der eher düsteren Aussichten tun sollten? Er gibt ihnen drei Ratschläge mit auf den Weg. Selbst wenn sich Menschen heute mehr durch Ästhetik, durch Bilder und emotionale Geschichten und weniger durch Ideen prägen lassen, sollen Christen an Glaubensinhalten festhalten, ihren Intellekt bilden und sich um theologisches Verständnis bemühen. Zweitens können sie etwas von der LGBTIQ-Gemeinschaft lernen, nämlich dass das Selbst sich im Sozialen entwickelt und somit eine erstarkte Gemeinschaft unter Christen die Kirche stärken würde. Und drittens rät er insbesondere Protestanten dazu, „zum *Naturrecht und einer Hochschätzung des physischen Leibes*“ zurückzukehren.

Dazu müssen sie sich wieder intensiv mit der Geschichte ihres Glaubens beschäftigen. Auch im 2. Jahrhundert, an der Wiege der Kirche, seien Christen eine kleine Glaubensgemeinschaft am Rande der Gesellschaft gewesen. Doch „indem sie als eng verbundene, lehrmäßig festgelegte Gemeinschaft lebte,“ legte die Kirche „den Grundstein für die Erfolgsgeschichte des 3. und 4. Jahrhunderts.“

Für die weitere Diskussion stellt sich die Frage, wie das, was den Christen im 2. Jahrhundert gelungen ist, heute erneut gelingen könnte.

Eine kritische Würdigung

Trueman hat es sich zur Aufgabe gemacht, für den Leser „die geistigen Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Bevölkerung nachzuzeichnen, die den revolutionären Wandel im Denken und Verhalten in Bezug auf die Sexualität begünstigt haben“. Es gelingt ihm, dem Leser einige Hintergründe der tiefgreifenden Veränderungen anschaulich zu machen.

Wer bisher dachte, dass die sexuelle Revolution und ihre Auswirkungen mit einer Wiederbelebung christlicher Ethik und Lehre, Appellen an den gesunden Menschenverstand oder den Hinweis auf die Biologie widerlegt und womöglich rückgängig gemacht werden können, wird schon im einleitenden Kapitel eines Besseren belehrt: das soziale Vorstellungsschema und die damit verbundene Moral ist festgefügt.

Wer wie Trueman herausfinden möchte, warum die Aussage „ich bin eine Frau, die im Körper eines Mannes gefangen ist“ vielen heute stimmig erscheint, dem ist dieses Buch zu empfehlen. Allerdings sind bei der Fülle der vorgestellten Ideen und Konzepte kein umfassender historischer Überblick und keine umfassende Darstellung einzelner Denkschulen zu erwarten. Der Autor fokussiert auf einige für seine Fragen zur Ausbildung der neuen Sicht auf den Menschen relevante Gedanken der jeweiligen Denker. Das macht das Buch zu einer anregenden Lektüre auch für Leser ohne philosophische Vorkenntnisse.

Ob er die jeweiligen Kerngedanken und Anliegen sowie deren Auswirkungen auf die westliche Geistesgeschichte umsichtig interpretiert, kann man im Einzelfall debattieren. Ebenso ließe sich darüber streiten, ob Einsichten, die sich keinem Glauben verpflichten, schon deswegen falsch oder irrig wären.

Freuds Aussage etwa, dass der Mensch als geschlechtliches Wesen von seinen sexuellen Dispositionen her empfindet, reagiert, handelt und strebt, steht durchaus nicht im Widerspruch zur Bibel. Im Gegenteil: gerade die Genesis führt als erste kategoriale Bestimmung des Menschen in seinem Verhältnis zum Mitmenschen seine geschlechtliche Verfasstheit ein. Die

sexuelle Identität ist auch eine der ersten Aussagen des Menschen über sich selbst. Sogar seine Gottebenbildlichkeit steht damit in unauflöselichem Zusammenhang!

Die Lektüre hilft die tektonischen Verschiebungen der kulturellen Werte unserer Zeit zu begreifen, gibt aber wenige praktische Hinweise für einen konstruktiven Umgang damit. Trueman scheint nicht zu glauben, dass das herrschende soziale Gesellschaftsschema sich in absehbarer Zeit wandeln könnte. Ich teile diese pessimistisch anmutende Sicht nicht und meine, dass der Handlungsraum der Kirche Jesu auch heute viel größer ist als von Trueman beschrieben.

Zuletzt der „unwissenschaftliche Prolog“ der Rezensentin

Die Darstellung von Taylors *Mimesis und Poiesis* ist hilfreich zum Verständnis der komplexen Thematik der Erschließung von Welt durch das menschliche Subjekt und der Problematik des Nominalismus, der die christliche Geistesgeschichte übrigens nicht erst seit der Neuzeit beschäftigt. Man sollte sich indes vor einem Schwarz-Weiß-Denken hüten: Nicht alles Mimetische ist gut und nicht alles Poietische ist schlecht.

Der Sprache und der Fiktion kommt auch im Horizont der Geschöpflichkeit des Menschen ein großes kreatives Potential zu, mit dem er grundsätzlich von allen leiblichen Geschöpfen unterschieden wird: Nur der Mensch vermag das Nichtvorhandene zu visionieren, auch in Bezug auf sich selbst. Das beschreibt Genesis zunächst als den Adel, der ihn dazu ermächtigt, die Tiere auf sich selbst hin zu deuten, ihnen Namen und damit Funktion zu geben. Erst infolge seiner Rebellion wird ihm die Fähigkeit zur Sprache und Fiktion zum Verhängnis, das etwa auch der Turmbau zu Babel und die Verwirrung der Sprachen bebildert.

**„Was mit Moral zusammenhängt, geht logisch letzten Endes auf Theologie, nicht auf säkulare Gründe zurück“...
Max Horkheimer**

Trueman legt Protestanten ans Herz, die Argumente des Naturrechts wieder besser in den Blick zu nehmen und die physische Welt, insbesondere den Leib neu zur Grundlage ethischen Denkens und Folgerns zu machen. Die Bezugnahme auf den Leib kann nicht überschätzt werden. Allerdings kann man von der Beobachtung des Leibes auch zu irrigen Schlussfolgerungen gelangen, wie etwa Thomas von Aquin, als er den weiblichen Körper gegenüber dem männlichen aufgrund seiner Vulnerabilität und Schwäche als minderwertig abgewertet hat und zu theologischen Schlussfolgerungen über die Frau, den Leib und die Geschlechtlichkeit gelangt ist, von denen wir uns heute zu Recht distanzieren. Sie sind zwar nie Kirchenlehre geworden, haben aber Schaden angerichtet und die kirchenskeptische Entstehungsgeschichte des *modernen Selbst* mit befeuert. Umgekehrt kann eine biologistische Engführung auch Wasser auf die Mühlen des Konstruktivismus sein, sofern sie die Plastizität der Biologie medizintechnisch und ideologisch instrumentalisiert.

Und wäre den Denkern des Poietischen nicht darin beizupflichten, dass die Erkenntnisfähigkeit des Menschen sich nicht in seiner Vernunft erschöpft, ja diese ihm oft genug im Wege steht, gerade, wenn es um die Rechtfertigung seiner Moral geht? Wenn Max Horkheimer sagt, alles, „was mit Moral zusammenhängt, geht logisch letzten Endes auf Theologie, nicht auf säkulare Gründe zurück“¹, dann ist der ganze Mensch mit seinen geistigen, emotionalen und kreativen Anteilen gefordert.

Wie auch Adorno war er davon überzeugt, dass Moral auf Transzendenz, auf *den Anderen*², wie sie es nannten, angewiesen ist. Die Liberalisierung der Religion, so befürchtete Horkheimer, würde das Ende der Religion bedeuten; aber nur die Religion könne helfen, eine gerechtere Gesellschaftsordnung zu errichten. „Was mich bewegt, ist die theologische Idee, angewandt auf eine vernünftige Theorie der Gesellschaft.“³

Auch Vertreter der Frankfurter Schule wussten also von der Relevanz jenes Gottes, an den sie nicht zu glauben vermochten. Selbst von Michel Foucault,

den Trueman mit einem Satz abfertigt, können wir lernen. Das, was Trueman als Taylors „soziales Gesellschaftsschema“ würdigt, klingt in Foucaults Diskurs-Begriff wieder, mit dem er ein Bewusstsein dafür schaffen will, wie sehr der Mensch in den jeweils herrschenden Welterklärungen gefangen ist. Weist nicht auch Paulus die Geschwister in Rom (Römer 12,2) genau darauf hin, wenn er sie ermahnt, ihren Sinn zu erneuern und selbst wirksam und prägend in der Welt zu werden?

Truemans Prognosen für diese Generation sind düster, und wahrscheinlich wird christliches Denken das verlorene Terrain nicht so schnell wiedergewinnen, wie wir es für uns und für diese Welt wünschen würden. Allerdings ist zu hinterfragen, ob der Verlust auf dem akademisch-intellektuellen Terrain der wirklich gravierendste ist.

Der Vergleich mit der Situation der Kirche im 3. und 4. Jahrhundert ist inspirierend. Doch war nicht die Lebenspraxis der Christen inmitten einer verdrehten und verkehrten Welt das stärkste Argument gegen alle irri-ge und verdrehte Lehre? Ein Argument, das wie Licht in die Welt hineinstrahlt (Phil 2,15)? Ein Licht, das keine Marginalisierung und keine Verfolgung verdecken kann?

Ja, die Kirche soll „über die Verbindung zwischen Ästhetik und ihre zentralen Überzeugungen und Methoden nachdenken“ (S. 486), allerdings wird sie das, was sie als wahr erkennt, nicht am grünen Tisch, nicht an der Kanzel und nicht im Bibelseminar, sondern nur am eigenen Leib – am Kirchenleib, am Eheleib, am geschlechtlichen Leib von Mann und Frau – glaubhaft verifizieren und realisieren können.

Truemans Buch lädt zum grundsätzlichen Hinterfragen unseres kulturellen Gewordenseins und zu neuem Denken ein. Das ist mehr als nötig, und schon deswegen ist seinem gut durchdachten Buch zu wünschen, dass es viele Leser im deutschsprachigen „Kirchenraum“ findet. Dank gebührt Ron Kubsch für die herausgeberische Initiative und Frauke Bielefeldt für die präzise und flüssig zu lesende Übersetzung der komplexen und anspruchsvollen Gedanken. Lassen

wir uns von dem Buch zum radikalen Weiterdenken herausfordern.

Für unser Forschen und Reflektieren am *Deutschen Institut für Jugend und Gesellschaft* wird die Frage nach einem Leben, das der Kultur des Lebens und nicht der Kultur des Todes (Papst Johannes-Paul II.) dient, immer drängender. Wie kann menschliche

Gemeinschaft in allen ihren Dimensionen fruchtbar werden? Gemeinschaft ist das Wesen der Kirche – wie kommt sie wieder zum Leuchten? Wie wird christliche Gemeinschaft einladend und zu einem Raum für geistliche Unterscheidung und ethische Entscheidungen? Wie kommen in ihr Glauben, Denken und Handeln zusammen? – Eine brennende Anfrage der Zeit an uns Christen. ■

Silke Edelmann ist Pädagogin und Erziehungswissenschaftlerin EdD, Regent Univ. Virginia Beach, VA (USA). Sie arbeitet in der Redaktion und koordiniert die diakonischen Projektpartnerschaften der OJC.

Anmerkungen

- 1 Horkheimer, Max, 1970, *Was wir Sinn nennen wird verschwinden*, Der Spiegel Nr.1-2/1970
- 2 Horkheimer und Adorno waren Juden, der Andere ist für Juden einer der Namen Gottes, der ausdrückt, dass der Mensch Gottes Wesen letztendlich nicht ganz fassen kann.
- 3 Horkheimer, Max, a.aO.



Bulletin

Impressum

Veröffentlichungen aus dem
Deutschen Institut für
Jugend und Gesellschaft (DIJG)

Verlag und Herausgeber

Offensive Junger Christen – OJC e.V.
E-Mail: reichenberg@ojc.de

Kontakt

Deutsches Institut
für Jugend und Gesellschaft
Postfach 1220, D-64382 Reichelsheim
Tel.: 06164/9308-211
institut@diyg.de, www.diyg.de

Redaktion

Konstantin Mascher
(verantwortlich für den Inhalt, V.i.S.d.P.)
in Zusammenarbeit mit Silke Edelmann,
Írisz Sipos, Birte Undeutsch

Erscheinungsweise

Einmal jährlich, kostenfrei

Bankverbindungen

Offensive Junger Christen – OJC e.V.
„Spende für DIJG“
Volksbank Odenwald
IBAN: DE37 5086 3513 0000 0170 00
BIC: GENODE51MIC

Postfinance Basel (Schweiz)

Konto-Nr. 40-30400-1

Wichtig für Ihre Überweisung:
Bitte geben Sie bei Ihrer Spende im Feld
„Verwendungszweck“ Ihre Adresse oder
Freundesnummer (s. Adressaufkleber) an.
Nur so können wir Ihre Spende
eindeutig zuordnen und Ihnen die
Zuwendungsbestätigung ausstellen.

Nachdruck nur mit schriftlicher
Genehmigung der Redaktion!

© DIJG, Reichelsheim

Deutsches Institut für Jugend und Gesellschaft (DIJG)

Das Deutsche Institut für Jugend und Gesellschaft setzt sich konstruktiv-kritisch mit Zeitgeistströmungen auseinander. Die Institutsmitarbeiter reflektieren Fragen der Anthropologie, der Ethik und wissenschaftlicher Denkrichtungen auf der Grundlage einer jüdisch-christlichen Weltanschauung. Dieser Thinktank dient der geistig-geistlichen Orientierung.

Aktuell forschen und informieren wir über zukunftsfähige Lebensgrundlagen in den Bereichen Ehe und Familie, Identität, Sexualethik, Ideengeschichte und Digitalisierung.

Wir wollen helfen, Räume der Freiheit zu erhalten und eine Kultur des Lebens und der Versöhnung zu fördern.